



VNiVERSiDAD
D SALAMANCA

-TESIS DOCTORAL-

LAS CONSTRUCCIONES SOCIALES COMO BASE PARA EL ANÁLISIS DE LAS CARRERAS CORPORALES TENSAS

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA. FACULTAD DE CIENCIAS
SOCIALES. DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA Y
COMUNICACIÓN.

Doctoranda: M^a Teresa Valverde Martín
Directora: Dra. Marta Gutiérrez Sastre

SALAMANCA 2016

-TESIS DOCTORAL-

LAS CONSTRUCCIONES SOCIALES COMO BASE PARA EL ANÁLISIS DE LAS CARRERAS CORPORALES TENSAS

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA. FACULTAD DE CIENCIAS
SOCIALES. DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA Y
COMUNICACIÓN.

Doctoranda: M^a Teresa Valverde Martín
Directora: Dra. Marta Gutiérrez Sastre

La presente Tesis Las Construcciones sociales como base para el análisis de las carreras corporales tensas, se ha elaborado bajo la dirección de la profesora Dra. Marta Gutiérrez Sastre, del Departamento de Sociología y Comunicación, en el que la tesis está inscrita, con el objetivo de obtener el Grado de Doctora por la Universidad de Salamanca.

Visado por la Directora de la Tesis:

Firmado por la Alumna:

Dra. Marta Gutiérrez Sastre

M^a Teresa Valverde Martín

A mi hijo, por arrancarme sonrisas
A mi hermana, por ser tan especial
A mis padres y hermanos, por estar ahí
A las personas entrevistadas, por regalarme su testimonio de vida
A la Directora de esta tesis, Marta Gutiérrez, por creer en este proyecto,

Mi más profundo agradecimiento

INDICE

INTRODUCCIÓN -----	pág.7
---------------------------	-------

MARCO TEÓRICO:

1.-LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL CUERPO

1.1. El estudio del cuerpo. Antecedentes-----	pág.14
1.2. El estudio del cuerpo. Enfoques teóricos:	
1.2.1.El cuerpo como producto sociocultural-----	pág.16
1.2.2.El cuerpo como símbolo y objeto de representación---	pág.17
1.2.3.El cuerpo como objeto de relaciones de poder-----	pág.20
1.2.4.El cuerpo desde el concepto de embodiment-----	pág.23
1.3. El estudio del cuerpo desde la perspectiva de género:	
1.3.1. Perspectiva de género. Antecedentes-----	pág.31
1.3.2.Los aportes de la perspectiva de género al estudio del cuerpo-----	pág.35

2.- LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LO SOCIAL

2.1. El concepto social de salud: El estudio desde la sociología: Perspectivas teóricas-----	pág.36
2.1.1.La perspectiva estructural de la salud y la enfermedad----- -----	pág. 37
2.1.2.La perspectiva interpretativa o subjetiva de la salud y la enfermedad-----	pág.38
2.1.3.La perspectiva que aborda la salud y la enfermedad como una síntesis de la agencia y la estructura-----	pág.41

2.2. Concepto social de salud: Conexiones entre salud, enfermedad y cultura-----	pág.43
2.3. La construcción social del concepto de salud y enfermedad desde la perspectiva de género-----	pag.46
2.4. Salud e imagen corporal -----	pág.48

3.- LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD

3.1. La construcción social de la enfermedad: Antecedentes Teóricos-----	pág.52
3.2. La construcción social de la enfermedad: El significado cultural-----	pág.56
3.3. La experiencia de la enfermedad como una construcción social-----	pág.59
3.4. El conocimiento médico sanitario como una construcción social:	
3.4.1 La construcción social del conocimiento médico-----	pág.61
3.4.2 La construcción de enfermedades en función de los intereses de la industria farmacéutica-----	pág.64
3.5. La construcción social de la enfermedad desde la perspectiva de género-----	pág.67

4.- EL CUERPO COMO OBJETO DE CONSUMO

4.1. El cuerpo como objeto de consumo. Antecedentes teóricos----	pág.73
4.2. El cuerpo, la lógica del mercado y el gusto de clase-----	pág.77
4.3. La construcción del cuerpo bello y saludable-----	pág.83
4.4. Cuerpo, género, belleza consumo y publicidad-----	pág.87
4.5. Modelos referenciales de la imagen de la mujer-----	pág.94

5.- LA ALIMENTACIÓN COMO HECHO SOCIAL

5.1.La alimentación desde la perspectiva de las ciencias sociales-----
-----pág.109

5.2. Alimentación, consumo, salud y belleza-----pág.114

5.3. Alimentación, belleza corporal y género-----pág.119

6.- ESTADO DE LA CUESTIÓN: Salud, alimentación y cuerpo. Algunos Datos
en España-----pág.124

OBJETIVOS -----pág.155

PARTE METODOLOGICA:

1.Introducción: Principios teóricos de la metodología cualitativa-----pág.161

2.Investigaciones relevantes que versan sobre temas de la esfera Intima-----
-----pág.168

3.La entrevista como técnica de investigación cualitativa-----
-----pág.175

4.El proceso de investigación-----pág.178

5.Muestra: La obtención de los relatos de vida-----pág.181

6.Perfiles de las mujeres y hombres entrevistados-----pág.189

RESULTADOS-----pág.205

CONCLUSIONES-----pág.278

Bibliografía-----pág.285

INTRODUCCIÓN

Este Proyecto de Investigación se ocupa del tema de las construcciones corporales tensas. Lo que implica hablar de la construcción social del cuerpo, es decir, de la relación entre el cuerpo y el contexto sociocultural. La sociedad y la cultura contribuyen a dar forma a sus miembros. En algunas ocasiones, de una forma directa, como si se tratara de moldes para troquelar objetos - la cirugía estética en la actualidad es un ejemplo de ello-, o en otras, de forma indirecta, mediante la construcción de las ideas sobre el cuerpo, que identificarían la belleza con la salud o considerarían envejecer como algo temido (Guerra, 2005).

Las construcciones corporales resultan realidades complejas. La incomodidad con el propio cuerpo puede producir relaciones inarmónicas con el mismo, produciéndose tensiones que pueden dar lugar a comportamientos de alimentación o deporte inusitados, o incluso, a enfermedades como la anorexia o la bulimia. Por lo que a la hora de abordar su estudio, y fijar unos objetivos para ello es conveniente partir de un área problemática amplia, para poder considerar los problemas entrelazados que pudieran existir. Los objetivos de esta investigación se han planteado de este modo, se parte de un área problemática amplia, para no cerrar el posible horizonte que tienen las realidades humanas, que son complejas. (Martínez, 2006).

Los objetivos de la investigación se han planteado partiendo de un área problemática amplia, en la cual hay muchos problemas enlazados. Se plantea como objetivo general: Estudiar las construcciones tensas del cuerpo.

Estudiar las construcciones tensas del cuerpo implica hablar de la construcción social del cuerpo y de las carreras corporales tensas, es decir, de la relación entre el cuerpo y el contexto sociocultural, centrándose en los casos en los que el cuerpo es vivido de una forma insatisfactoria, manteniéndose una relación inarmónica con el mismo, que termina conformando una construcción tensa, que puede incluir trastornos de la percepción corporal o de la conducta alimentaria, entre otros.

Esa construcción tensa se conforma a lo largo del tiempo, por lo que se incluye el término carrera, que permite distinguir momentos en el desarrollo de una vida y considerar a la persona avanzando y asumiendo diversas secuencias a lo largo de ese tiempo.

Para facilitar la consecución del objetivo general se establecen unos objetivos específicos, que son:

- Determinar la relación existente entre los modelos corporales y los procesos de aprendizaje social.
- Analizar el significado atribuido al cuerpo bello y saludable.
- Examinar la influencia de la percepción corporal en las conductas de autocontrol.
- Estudiar la construcción diferencial de las trayectorias corporales en base al género.

Dentro de los objetivos específicos, que nos permiten explicar el objetivo general, se pretende determinar la relación entre los modelos corporales y los procesos de aprendizaje social. Esto adquiere relevancia si tenemos en cuenta que existe un canon de belleza corporal -que podría ser definido como el conjunto de características corporales que definen lo que una sociedad considera convencionalmente como cuerpo hermoso o atractivo- , que es un concepto históricamente variable.

Esto es así puesto que se trata de un producto cultural, que se construye en el ámbito de una sociedad determinada, siendo un producto o invención de esa cultura, aunque, es aceptada como natural a ella, y lleva a quienes la integran a tener una mirada de la realidad similar a quienes comparten esa cultura, y a considerar esa noción de belleza corporal como incuestionable.

Es, por tanto, un producto de la interacción social, que crea significaciones compartidas que llegan a ser vistas como verdades objetivas y modelos a imitar (Berger y Luckmann, 1967). La imitación de modelos determina el aprendizaje cognitivo social, que está basado en la observación de la conducta. Se imita la

conducta que recibe refuerzo. Se trata de un aprendizaje que, a diferencia del aprendizaje por conocimiento, no recibe refuerzo, ya que el refuerzo recae en el modelo. El sujeto que aprende lo hace por imitación de la conducta que recibe refuerzo, en el caso de lo corporal, la conducta reforzada sería aquella que conduce a alcanzar el canon de belleza corporal socialmente aceptado.

La interiorización del modelo corporal se produce en el momento en el que el individuo cognitivamente adapta los ideales de belleza corporales definidos socialmente y se dedica a realizar comportamientos dirigidos a alcanzar estos ideales. (Thomson y Stice, 2001).

El segundo objetivo específico planteado se dirige a explorar los significados del cuerpo bello y saludable. Esto cobra relevancia si tenemos en cuenta que existe una relación entre los valores de belleza y otro tipo de valores de carácter moral, en el sentido de que los juicios estéticos suelen ir acompañados de juicios caracterológicos o morales. Es decir, se suelen inferir numerosas cualidades internas y rasgos de personalidad de la apreciación de atractivo o falta del mismo de la persona observada.

Actualmente se tiende a ver el sobrepeso, la fealdad, o la falta de arreglo como síntomas de una falta de dominio de sí, de una falta de voluntad y de autodisciplina, mientras que, el permanente afán por mantenerse esbelta/o y atractiva/o es considerado como rasgo de carácter altamente deseable. (Renz, 2007). Al mismo tiempo que se realiza una asociación entre la belleza física y el éxito social y profesional. (Corti, 2005).

Si un individuo interioriza el cuerpo ideal, el determinado culturalmente, y por comparación social concluye que su cuerpo discrepa de ese ideal ocurre la insatisfacción corporal (Acosta y Gómez, 2003), que puede propiciar conductas de autocontrol. Razón por la que, se considera interesante incluir un tercer objetivo específico, en la línea de examinar la influencia de la percepción corporal en las conductas de autocontrol.

La percepción corporal es una dimensión de la imagen corporal. La imagen corporal es definida como la representación mental del cuerpo que cada individuo construye en su mente. Es un constructo multidimensional, que incluye, además, de la dimensión perceptiva –que hace referencia a la precisión en la percepción- , la dimensión cognitiva- afectiva –relacionada con las actitudes, los sentimientos, las cogniciones y las valoraciones en relación al tamaño corporal, peso o partes del cuerpo- y la dimensión conductual –que serían las conductas que la percepción del cuerpo y los sentimientos asociados provocan- (Schilder, 1983).

El tener que ajustarse a ciertos valores e ideales de belleza homogeneizados en el entorno social lleva a un estado de evaluación corporal continuo (Ballester y Guirado, 2003) que puede derivar en el deseo de regular los propios impulsos con el fin de ajustarse a un determinado morfotipo corporal que obedece a imperativos sociales.

Estos imperativos sociales están relacionados con unos parámetros de belleza históricamente cambiantes y generalmente expresión de las relaciones de poder entre hombres y mujeres (Wolf, 1991). El cuidado de la imagen para las mujeres es una manifestación de la discriminación y de la situación de desigualdad en el marco de un sistema de relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. (Estrada, 2009). Por esa razón, se incluye, como otro de los objetivos específicos, el estudiar la construcción diferencial del cuerpo en base al género.

La ideología de la belleza femenina origina que las mujeres se juzguen a ellas mismas según parámetros inalcanzables, que ocasionan obsesión con el físico, terror a envejecer y horror a la pérdida de control (Wolf, 1991). El estereotipo de belleza femenino imposible de alcanzar, si no se llevan a cabo disciplinas alimentarias estrictas o tratamientos estéticos, lanzado de forma constante, a través de los agentes socializadores, crea una presión estética, que puede causar tanto daños físicos –en el caso de los trastornos alimentarios- como psíquicos -frustraciones, obsesiones, falta de autoestima- en las mujeres (Estrada,2009).

Aunque, en las sociedades modernas, se ha producido la ampliación de la presión estética hacia el colectivo masculino, como consecuencia de los intereses económicos neoliberales, realizándose una plena subsunción del cuerpo masculino al sistema de mercado en la figura de los metrosexuales (Díaz, 2006) sólo en el caso de las mujeres el capitalismo y el patriarcado obran unidos, por lo que la presión estética ejercida sobre las mujeres no conlleva las mismas implicaciones que la ejercida sobre los hombres (Estrada, 2009).

Una vez planteados los objetivos, y partiendo de los mismos, se recoge la información suficiente para alcanzarlos. Utilizando para ello, metodología cualitativa, por ser la más adecuada para investigar temas, como el que nos ocupa, que pertenece a la esfera más íntima de los individuos.

La metodología cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones. Cuando se habla de construcciones corporales tensas es necesario profundizar en la realidad social de las entrevistadas/os -su relación con su entorno familiar, sus pares, su carrera laboral, sus relaciones de pareja- para identificar aquellas dinámicas que justifican comportamientos y manifestaciones –como pueden ser las de autocontrol en la ingestión de alimentos, la realización de gran actividad física, o los arreglos estéticos- .

La metodología cualitativa pone el énfasis en entender los fenómenos sociales complejos. El tema de las construcciones corporales tensas es un fenómeno complejo por lo que se hace fundamental utilizar un enfoque que permita captar el significado que le dan las/los participantes del proyecto. Esto es necesario porque la realidad de las construcciones corporales está construida por los significados que los individuos le dan.

Por tanto, hay que buscar los datos en los relatos narrados por las/ los participantes para entender su propio contexto y punto de vista, como actores sociales que son. Para conseguir esta finalidad es fundamental utilizar el paradigma científico humanista-hermenéutico e interpretativo. Además, de la orientación concretizadora -que trata de captar todo el contenido de experiencias y significados que se dan en los casos concretos de cada participante- del enfoque cualitativo (Carvajal, 2005).

La investigación cualitativa recoge la información a través de las observaciones o de los discursos de la entrevista. En el caso que nos ocupa, se ha optado por la técnica de la entrevista, en concreto, se han realizado tres entrevistas a hombres y trece a mujeres, en total dieciséis entrevistas. Se ha utilizado esta técnica porque la entrevista, en la investigación cualitativa, es un instrumento técnico que tiene gran sintonía epistemológica con este enfoque y también con su teoría metodológica.

Esta entrevista adopta la forma de un diálogo coloquial o entrevista semiestructurada. (Martínez, 2006) con el propósito principal de obtener información de los participantes fundamentada en las percepciones, las creencias, las opiniones, los significados y las actitudes (Vargas 2012), se trata de obtener descripciones del mundo vivido por las personas entrevistadas, con el fin de lograr interpretaciones fidedignas del significado que tienen los fenómenos descritos para ellas.

En las entrevistas cualitativas realizadas se investigan las experiencias vividas por las/los participantes y se trata de explorar los puntos de vista de las entrevistadas/os para desplegar el significado de su mundo vivido.

El propósito de las entrevistas es obtener respuestas sobre el tema de interés, en este caso, sobre las construcciones corporales tensas de las/los entrevistados en los términos, el lenguaje y la perspectiva de los mismos, “en sus propias palabras”, puesto que, el “experto” es el mismo entrevistado (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

La metodología cualitativa se aplica a estudios a nivel micro, por lo que intenta profundizar en la situación objeto de estudio. (Pérez, 2001). En el caso que nos ocupa, se trataría de profundizar en las experiencias, creencias, significaciones de las entrevistadas/os para tratar de determinar cómo se conforman las construcciones corporales de cada uno de ellos.

Para lo cual se toma, dentro de los diseños de investigación cualitativa, un diseño narrativo, dentro del que se ubica el relato de vida. Cuando se hace referencia a las narraciones de vida se alude a la historia de una vida tal y como la cuenta la persona que la ha vivido, en este caso, las entrevistadas/os.

Se consideran los relatos que las entrevistadas /os hacen de sí mismas. Estos relatos se realizan desde el tiempo presente. Y la indagación se hace sobre distintas variables o dimensiones de su vida en el periodo de la niñez, la etapa adolescente y la etapa adulta. De esta forma se realiza una consideración de la acción de causalidades en el eje temporal, puesto que las distintas variables causales no actúan simultáneamente, sino a lo largo del tiempo (Moreno, 2010) pudiendo conformar una carrera corporal tensa. Y las técnicas cualitativas, como la historia de vida, permiten realizar este tipo de análisis atentos a la acción de casualidades en el eje temporal.

-MARCO TEÓRICO-

1.-LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL CUERPO

1.1.. El estudio del cuerpo. Antecedentes :

El interés de la sociología por el estudio del cuerpo es relativamente reciente. Zapata (2006), siguiendo a David Le Breton, indica que es frecuente considerar los años sesenta y setenta como los momentos en los que se gesta la preocupación social por el cuerpo, puesto que la crítica de movimientos como el feminismo, la revolución sexual, o la expresión corporal ponen en entredicho las condiciones sociales, políticas y culturales que legitimaban la condición corporal vigente hasta entonces.

En las primeras escuelas de sociología, tal y como afirma Bryan S. Turner, el cuerpo era una “presencia silenciada”, la sociología en sus inicios se centró en comprender cómo se establece y mantiene el orden social y cómo deviene el cambio en el contexto de la Revolución Industrial.

Los temas que centraron la atención los primeros sociólogos fueron fundamentalmente, las sociedades urbanas industriales, el orden social, la acción de los individuos –entendida como acción racional-, la estructura social, el marco económico y la producción material, delegando el estudio del cuerpo a otras disciplinas como la medicina o la bioquímica.

Sin embargo, algunos sociólogos clásicos como Spencer o Karl Marx constituyeron una excepción a esta norma puesto que en la teoría del evolucionismo social del primero se establece una comparación entre la sociedad y los órganos del cuerpo y en el análisis del capitalismo del segundo se trata de cómo el capitalismo exige la continua producción y reproducción de cuerpos humanos. Por lo que en ambos autores cobra relevancia el cuerpo.

En otras disciplinas, como la antropología, el cuerpo ocupa un lugar predominante de análisis desde el S.XIX, debido a la preocupación que muestra esta ciencia por definir una ontología del ser humano y establecer la relación existente entre la cultura y la naturaleza. Pero fue en los años setenta cuando se pasó de una antropología implícita del cuerpo a una antropología explícita, tal y como ocurrió en sociología y en otras disciplinas como la filosofía, la pedagogía o la historia coincidiendo con un contexto social de profundos cambios tras la Segunda Guerra Mundial, entre los que cabe destacar: el consumo de masas, la liberación sexual, el movimiento feminista o la biopolítica.

En concreto en la sociología, en esta década de los setenta, nace una nueva disciplina: la sociología del cuerpo, influenciada por diversas corrientes de pensamiento: la antropología, la sociología del conocimiento, la crítica posmoderna, la sociología del consumo y el feminismo.

Por ello, a la hora de abordar el estudio del cuerpo toman relevancia tanto antropólogos como Berger, Luckman, Marcel Mauss, Lévi-Strauss o Mary Douglas, filósofos como Michel Foucault, o sociólogos como Émile Durkheim o Goffman, entre otros. Todos han realizado el estudio del cuerpo desde distintas perspectivas, que se desarrollan en los apartados siguientes, y que podrían englobarse del modo siguiente:

- El cuerpo como producto sociocultural
- El cuerpo como símbolo y objeto de representación
- El cuerpo como objeto de relaciones de poder
- El cuerpo desde el concepto de embodiment

1.2. El estudio del cuerpo. Enfoques teóricos:

1.2.1. El cuerpo como producto socio-cultural

Los estudios que abordan la cuestión del cuerpo como producto sociocultural están influenciados por la perspectiva del sociólogo y antropólogo francés Marcel Mauss (1872-1950) inspirador de la escuela estructuralista francesa.

En sus obras, Marcel Mauss sostiene que la cultura da forma al cuerpo y describe detalladamente lo que él denomina “las técnicas del cuerpo”, aquellas en las que el cuerpo es el principal instrumento, objeto y medio técnico, y que sirven para modificar la naturaleza interior del cuerpo con fines útiles como la propia conservación o la adaptación al medio.

Las técnicas corporales, según Marcel Mauss, son concretas de cada cultura, grupo social y momento histórico. Esto se debe a que aunque las actividades fisiológicas del cuerpo son comunes a toda la humanidad el proceso de aprendizaje es adquirido culturalmente y por ello varía en cada sociedad. En la cuestión del aprendizaje es donde reside principalmente la dimensión cultural de las técnicas corporales, puesto que estas técnicas, tal y como indica Mauss, comparten el hecho de ser formas adquiridas y no naturales - los modos de andar, correr, cazar, mirar- conllevan un aprendizaje, no son actos mecánicos naturales y sólo tienen sentido dentro de un sistema simbólico particular.

Mauss utiliza el concepto de “hombre total” para llamar la atención sobre el hecho de que existe un uso y una expresión cultural del cuerpo que el individuo interioriza a través de la educación y de la imitación. El concepto de “hombre total” implica la consideración de tres dimensiones inseparables del individuo: el cuerpo, la conciencia individual y la conciencia colectiva. Por lo que cualquier clase de fenómeno social debe comprenderse, según Mauss, desde una triple perspectiva, como fenómenos que son a la vez e inseparablemente fisiológicos, psicológicos y sociológicos. El principal problema que plantea el concepto de Mauss es que el cuerpo es concebido como una herramienta y un medio técnico, como un objeto en el que se imprime lo social pero no como un

productor de experiencias en sí mismo. Algo que intentan superar los estudios recientes que se reapropian de la perspectiva de Marcel Mauss como las investigaciones realizadas en los años noventa y dos mil por Ian Hunter, David Saunders, Margot Lyon o Nick Crossley.

1.2.2. El cuerpo como símbolo y objeto de representación

El cuerpo es considerado como objeto de representaciones simbólicas por las perspectivas teóricas estructuralistas y post-estructuralistas, cuyos principales exponentes son Lévi-Strauss (1908-2009), Michel Foucault (1926-1984) y Jacques Lacan (1901-1981).

Lévi-Strauss aplica el método estructuralista a la antropología y considera las culturas como sistemas lingüísticos. Cada uno de los símbolos o signos que estudia el antropólogo (por ejemplo, un mito o un tabú), depende de las relaciones que mantiene, dentro de la estructura, con otros signos. Así pues, el objeto de estudio de la antropología lo constituyen las estructuras básicas universales de los fenómenos sociales. Detrás de la diversidad de los hechos existen unas leyes universales, constantes en las distintas sociedades, que expresan la conexión de los fenómenos sociales dentro de un sistema.

Lévi-Strauss sostiene que para conocer la sociedad no hay que partir de los individuos, sino de la sociedad misma. El ser humano, el sujeto individual, ni tiene lugar ni desarrolla ninguna función en las estructuras. Así, las relaciones empíricas y observables de la vida social tienen una naturaleza simbólica, cuyo significado hemos de descubrir. Pero las estructuras invariables no se pueden percibir con la mera observación de una cultura determinada, son construcciones que elabora el antropólogo siguiendo el modelo lingüístico.

Por otro lado, para Lévi-Strauss, los símbolos son una expresión del inconsciente humano. El inconsciente es el carácter común y específico de los hechos sociales. Para interpretar todo tipo de manifestación cultural es necesario alcanzar la estructura inconsciente que subyace a las culturas y que estaría, a su vez, presente en todas ellas.

En “El hechicero y su magia” y en “La eficacia simbólica” (1994 y 1958), Lévi-Strauss se ocupa de cómo los símbolos atraviesan los cuerpos con una gran eficacia por medio del ritual. En el cuerpo se expresa, se sostiene, y se reproduce la estructura simbólica de un grupo social. Así, los fenómenos corporales - como las técnicas del parto y de la curación- abren paso a las lógicas de la eficacia de los símbolos que operan socialmente.

Continuando con esta perspectiva, Mary Douglas (1921-2007) ha explorado las relaciones entre las estructuras simbólicas y las experiencias sociales, incluyendo las experiencias corporales, y lo ha hecho partiendo de un fenómeno -un ritual determinado- y observando de qué modo y con qué mecanismos opera el sistema simbólico a través del cuerpo para explicar las prácticas corporales. Sus investigaciones abarcan campos como la relación entre los rituales litúrgicos con los tabúes en la alimentación, la higiene o la pureza; los tipos de matrimonios, el medio ambiente o el sida.

En sus obras *Pureza y Peligro* y *Símbolos naturales* (1996 y 1970) expone que lo sucio e impuro –“lo que está fuera de lugar”- encubre una reflexión sobre las fronteras entre categorías sociales, y el temor a la contaminación y el grado de control corporal estarían directamente relacionados con el grado de rigidez de las categorías sociales. A mayor presión social dentro de una colectividad mayor tendencia a mostrar conformidad a través del control físico, ya sea a través de los procesos orgánicos o de la estandarización de los gustos, la moda y las ideas.

Jacques Lacan aplica el método estructuralista al psicoanálisis, y afirma que la estructura del inconsciente es la misma del lenguaje, por lo que el análisis del inconsciente, tendrá que realizarse en términos de lingüística estructural. Los sujetos estarían descentralizados en dos niveles: el consciente (ámbito de la cultura) y el inconsciente (ámbito del deseo). Ambos niveles, según este autor, están organizados estructuralmente y se relacionan entre sí a través de estructuras que siguen el modelo lingüístico.

Michel Foucault en sus primeras obras se centra en realizar una arqueología del saber mientras que en las obras publicadas en los años setenta el poder pasa a un primer plano, por lo que en el siguiente apartado: “El cuerpo como objeto de relaciones de poder” se mencionaran dichas obras. Las obras publicadas en los años sesenta: *Historia de la locura en la época clásica* (1961), *La arqueología del saber* (1964) o *Las palabras y las cosas* (1966), tienen como objetivo investigar las reglas que subyacen a los distintos sistemas de saber y reconstruir las condiciones de aparición de los diferentes discursos o saberes puesto que, según Foucault, en cada momento histórico hay una serie de estructuras no visibles que determinan lo que el ser humano piensa o hace. Las instituciones, los intereses, los valores y las prácticas propias de un momento dado están condicionados por unas estructuras latentes que las posibilitan, y que se deben poner de manifiesto, según este autor, puesto que delimitan tanto el conocimiento como la acción.

1.2.3.El cuerpo como objeto de relaciones de poder

En las obras que Foucault publicó en la década de los setenta: *El orden del discurso* (1970), *Vigilar y castigar* (1975), *Microfísica del poder* (1976) y el volumen I de *la Historia de la sexualidad* (1976), se realiza un análisis del poder y de la relación que éste tiene con el conocimiento y con el individuo.

Según este autor, las múltiples fuerzas en las que el poder se expande someten al sujeto y lo dominan. El poder no se concentra en el Estado ni en un grupo concreto de individuos sino que se filtra en todo el tejido social y penetra en múltiples ramificaciones, de tal forma, que el poder construye al propio individuo, impone los gestos de su cuerpo, su forma de hablar, sus deseos. Siendo, por tanto, el individuo un efecto del poder.

Foucault analiza la actuación del poder desde sus formas locales y concretas- análisis que él denomina "Microfísica del poder"- y se centra en dos ámbitos particulares: las instituciones penitenciarias y la historia de la sexualidad. En *Vigilar y castigar*, Foucault sostiene que los mecanismos penales que van apareciendo a lo largo del siglo XIX buscan la corrección del preso, la reforma de su comportamiento a través de la reeducación de su "alma".

Por lo que se desarrollan técnicas disciplinarias –vigilancia, exámenes, registros, clasificaciones- que desde la prisión se extendieron al ejército, la escuela, el hospital o la fábrica, que pretenden el dominio disciplinario de los cuerpos para construir individuos normalizados y para llevar a cabo el sometimiento de los sujetos.

A través de los mecanismos disciplinarios del poder el ser humano es modelado como individuo personal, desde las distintas instancias del poder son pautados los pensamientos, los discursos y las conductas. En el volumen primero de *Historia de la sexualidad*, Foucault analiza qué formas y canales tiene el poder para llegar a controlar el placer sexual y para ello se centra en los discursos, los nuevos discursos sobre la sexualidad apoyados en médicos, psicólogos, psiquiatras, pedagogos y psicoanalistas establecen un ámbito

propio para la vida sexual sana y otro para la patológica, pudiendo así diferenciar entre conductas normales y anormales.

La normalización es fundamental para que las relaciones de poder penetren en los cuerpos. Foucault analiza los mecanismos disciplinarios del poder y los discursos que en cada época constituye a los sujetos y los adiestra con el objetivo de superar el actual estado de sometimiento y dominación y lograr que el ser humano amplíe su ámbito de libertad.

Las investigaciones inspiradas en la obra de Michel Foucault abordan el estudio del cuerpo desde la disciplina y la biopolítica. El objetivo de las disciplinas es obtener hombres dóciles y fáciles de conducir. La disciplina construye una microfísica de relaciones de poder que se va estableciendo en los cuerpos y los va atravesando, aumentando las fuerzas del cuerpo en términos económicos de utilidad y disminuyendo esas mismas fuerzas en términos políticos de obediencia.

Se educa al cuerpo para aumentar su rendimiento, su capacidad, su habilidad, su eficacia. La disciplina procede a la distribución de los individuos en el espacio empleando las técnicas de: la clausura –la especificación de un lugar heterogéneo a todos los demás y cerrado sobre sí mismo (como la fábrica, la prisión, el colegio); la localización elemental o división en zonas - a cada individuo se le asigna su lugar para poder en cada instante vigilar la conducta de cada cual, apreciarla, sancionarla, medir las cualidades; los emplazamientos funcionales-se descompone de forma individual la fuerza de trabajo- ; y el rango –asignar un lugar en una clasificación-. La primera de las grandes operaciones de la disciplina es, por tanto, construir “cuadros vivos” que transformen las multitudes confusas, inútiles o peligrosas en multiplicidades ordenadas, el cuadro es una técnica de poder y un procedimiento de saber, se trata de organizar lo múltiple.

En la distribución disciplinaria, la ordenación en cuadro tiene como función distribuir la multiplicidad y obtener de ella el mayor número de efectos posibles, la táctica disciplinaria se sitúa sobre el eje que une lo singular con lo múltiple.

Permite a la vez la caracterización del individuo como individuo, y la ordenación de una multiplicidad dada. Es la primera condición para el control y el uso de un conjunto de elementos distintos: la base para una microfísica de un poder celular.

Un cuerpo disciplinado es un cuerpo celular, con un espacio -un cuerpo que tiene asignado un lugar en el espacio junto a otros cuerpos distribuidos cuadrículamente, a la vez que siguiendo una jerarquía- y un tiempo -un cuerpo dividido en segmentos y en repeticiones necesarios para cumplir con un resultado-. La individualidad disciplinaria es una individualidad orgánica -la disciplina se orienta a los cuerpos, y a partir de él a las actividades, las experiencias y los comportamientos- y a la vez combinatoria -la disciplina busca combinar fuerzas, series de cuerpos y series cronológicas, ajustar un cuerpo a otros cuerpos-.

Por medio de las tecnologías disciplinarias las relaciones de poder penetran en los cuerpos y los atraviesan. Las redes de relaciones de poder tienen una doble forma de ejercicio: la disciplina, que desarrollada desde el siglo XVII, concibe al cuerpo como máquina y trata de asegurar un aumento de la docilidad y de la utilidad de los individuos y la biopolítica que hizo su aparición hacia mediados del siglo XVIII y se centró en el cuerpo como sustento de procesos biológicos, esto es, el cuerpo-especie, en “la proliferación, los nacimientos y la mortalidad, el nivel de salud, la duración de la vida y la longevidad, con todas las condiciones que puedan hacerlos variar” (Foucault, 2002).

Una biopolítica de la población asegurada por toda una serie de intervenciones y controles reguladores. Las disciplinas del cuerpo y la regulación de las poblaciones, son procesos que coexisten y se complementan, y constituyen los dos grandes polos en torno a los que el poder sobre la vida se organizó, dando inicio a lo que Foucault denomina “la era del biopoder”.

1.2.4. El cuerpo desde el concepto de embodiment

El concepto de embodiment se ha empleado con el significado de corporificación o encarnación para hacer referencia a la incorporación en el estudio de lo social del conocimiento que se produce desde la experiencia sensorial y las prácticas corporales, esto ocurre a finales de la década de los setenta y en la década de los ochenta, hasta entonces el foco de atención estaba centrado en un paradigma simbólico e interpretativo. Pero a partir de entonces se considera que todo hecho cultural y social necesariamente tiene una lectura desde el cuerpo, que tradicionalmente había sido relegada a un segundo plano.

Se trata de superar el legado cartesiano de la dualidad mente/ cuerpo. Uno de sus más notables promotores es Thomas Csordas que propone un “paradigma de la corporeidad” extraído de la fenomenología frente al “paradigma del cuerpo” que caracteriza al estructuralismo. El estudio de la corporeidad que defiende Csordas toma como referencia la fenomenología de Maurice Merleau Ponty y la *Teoría de la práctica* de Pierre Bourdieu. Ambos autores, aunque de forma diferente, trataron el problema de las dualidades.

Maurice Merleau Ponty distinguió la dualidad sujeto/objeto como el principal problema en el dominio de la percepción – que es una experiencia corporal, prerreflexiva y preobjetiva, basada en la indivisibilidad del vínculo del sujeto con el mundo- mientras que Bourdieu percibió la dualidad estructura/práctica como el problema principal en los dominios de la práctica. Y ambos intentaron superar estas dualidades mediante el concepto de embodiment como principio metodológico en el que el cuerpo es visto como una entidad no dual: no distinta de la mente o en interacción con ella.

Bourdieu (1930-2002) fue uno de los sociólogos más relevantes de la segunda mitad del siglo XX. Sus ideas son de gran relevancia tanto en la teoría social como en la sociología empírica, especialmente en la sociología de la cultura, de la educación y de los estilos de vida. Su teoría trata de superar la dualidad entre las estructuras sociales y el objetivismo, por un lado, frente a la acción social y el subjetivismo, por otro, tradicional en la sociología.

Para ello se dota de dos conceptos nuevos, el habitus y el campo, así como reinventa uno ya establecido, el capital. Por habitus entiende las formas de obrar, pensar y sentir originadas por la posición que una persona ocupa en la estructura social. En cuanto al campo, es el espacio social que se crea en torno a la valoración de hechos sociales tales como el arte, la ciencia, la religión o la política. Esos espacios están ocupados por agentes con distintos habitus, y con capitales – económicos, sociales y simbólicos- distintos, que compiten tanto por los recursos materiales como simbólicos del campo. Los agentes, con el habitus que es propio dada su posición social, y con los recursos de que disponen, "juegan" en los distintos campos sociales, y en este juego contribuyen a reproducir y transformar la estructura social.

La obra en la que presenta de forma más sistemática su teoría es *El sentido práctico*. En su trabajo empírico destaca especialmente su labor de crítica de la cultura, mostrando que la distinción cultural no es más que una forma encubierta de dominación, a la que denominó *complicidad ontológica* entre el campo y el habitus. La teoría de Bourdieu está constituida por un conjunto de conceptos -habitus, campos, condicionamiento, illusio, capital, poder- relacionados entre sí.

El punto de partida del análisis de lo social es el momento objetivista o de la indagación, en el que caracterizamos las estructuras sociales externas, lo objetivo, *lo social hecho cosa*. El segundo momento de análisis es el subjetivista, en el que se consideran las estructuras sociales internas, subjetivas, o *lo social hecho cuerpo*.

El habitus es la subjetividad socializada, es la generación de prácticas que están limitadas por las condiciones sociales que las soporta, es la forma en que las estructuras sociales se graban en nuestro cuerpo y nuestra mente, y forman las estructuras de nuestra subjetividad (Socialización).

Aparentemente el habitus parece algo innato, aunque se forma de esquemas de percepción y valoración de una estructura social. Hace referencia a aquello que se ha adquirido y se incorpora en el cuerpo de forma duradera.

El habitus genera las prácticas enclasables que producen los agentes y los juicios que éstos aplican tanto a las prácticas de otros como a las suyas propias -en las que se basa la división en clases- , es la base de nuestras acciones, conforma el conjunto de conductas y juicios que son aprendidas - nuestros gustos, gestos, lenguaje no son “naturales”- y por ello las compartimos por aquellos que se encuentran en el mismo “campo social”.

El campo es una red de relaciones objetivas entre posiciones objetivamente definidas, son espacios de juego constituidos por instituciones específicas y leyes de comportamiento propias. Los campos son las distintas configuraciones de clases o relaciones sociales, una red, donde las relaciones son necesarias, tienen su razón de ser y su status social que hace que los agentes se relacionen de un modo u otro. Para situar a los individuos en los campos con más facilidad Bourdieu propone un mapa de posiciones que funcionan con parejas de posiciones (alto/bajo, rico/pobre, etc.).

La conclusión a la que se puede llegar es que al estar dentro de un campo concreto y comportarnos de una manera específica gracias al habitus, nos encontraríamos determinados, sin embargo, lo que sostiene Bourdieu es que no estaríamos determinados sino sólo condicionados puesto que hay espacio para el cambio: Se trata del “juego social” en el que existen ciertas reglas y casillas por las que te puedes mover según tu posicionamiento y la pieza que te haya tocado jugar pero cada uno puede decidir su propio movimiento aunque te limite el estar en cierta posición.

El hecho de estar en este juego y de jugarlo sin siquiera saber por qué lo jugamos es la *illusio*: la mera ilusión de que nuestras pautas de conducta son modelos únicos a seguir. Como en todo juego, competimos y lo hacemos para conservar el poder e incrementar algún capital, Bourdieu no sólo considera como capital el económico sino que habla del capital simbólico –honor, honradez, solvencia, competencia, generosidad- capital cultural –que es el que se adquiere dentro de una familia o institución prestigiosa- y capital cultural -objetivado (en forma de objetos extraordinarios que muestran el gusto distinguido del agente), institucionalizado (títulos y diplomas), social (redes de

relaciones tejidas por un agente)-, que son transformables en capital económico y viceversa.

La perspectiva analítica que propone Bourdieu ha sido aplicada por autores como Loïc Wacquant, Bryan Turner, Steven Wainwright y Clare Williams en sus investigaciones sobre el cuerpo. Loïc Wacquant en el libro *Entre las cuerdas: cuadernos etnográficos de un aprendiz de boxeador* (2004) pone a prueba el concepto de habitus por partida doble. Primero, como objeto empírico, desmenuzando el proceso de ensamblaje de los esquemas mentales, las habilidades cinéticas y los deseos que, una vez sumados, hacen de alguien un boxeador competente y apetente. Y en segundo lugar, como método de investigación, con el objetivo de señalar la vía de una sociología encarnada que considera el cuerpo no como un obstáculo para el conocimiento sino como un vector de su producción, para lo que adquiere el habitus pugilístico mediante un proceso de aprendizaje de tres años en un gimnasio de un gueto negro de Chicago.

La perspectiva analítica de Bourdieu también ha sido utilizada por Bryan Turner, Steven Wainwright y Clare Williams (2006), que han utilizado el concepto de habitus aplicándolo a las trayectorias de bailarines y bailarinas de ballet. Ellos consideran que el habitus permite algún lugar, aunque sea limitado, para maniobrar pudiendo generar cambios lentos o incluso repentinos, y que por esa razón el habitus puede cambiar. Así, los habitus son constantemente creados y replicados por las conexiones recíprocas entre agencia y estructura.

Rescatan la vinculación que Bourdieu plantea entre la agencia (por medio de la práctica) con la estructura (por medio de las nociones de capital y campo), a través del proceso de habitus. Estos autores han trabajado a partir de la conexión entre los conceptos de habitus y de embodiment que está dada porque ambos conceptos permiten dejar de pensar como categorías separadas mente-cuerpo, y acción-estructura, y por el hecho de que los cuerpos expresan el habitus del campo en que estén situados.

Maurice Merleau-Ponty (1908 -1961) sostiene que la percepción no es el resultado casual de las sensaciones "atómicas", tal y como afirmaba la psicología del comportamiento, tradición iniciada por John Locke, sino que , la percepción tiene una dimensión activa, en la medida en la que representa una apertura primordial al mundo de la vida, y desarrolla la tesis según la cual "toda conciencia es conciencia perceptiva". Con la cual logra un giro significativo en el desarrollo de la fenomenología, que exigía una revisión de los conceptos a la luz de la primordialidad de la percepción.

La noción de Merleau-Ponty basada en la consciencia perceptiva es una noción concreta, fisiológica, basada en lo real del cuerpo humano. Merleau-Ponty, tomando como punto de partida el estudio de la percepción, reconoce que el cuerpo propio es algo más que un objeto a ser estudiado por la ciencia, es también, según este autor, una condición permanente de la existencia. El cuerpo es constituyente de la apertura perceptiva al mundo pero también de la "creación" de ese mundo. A lo largo de sus obras Merleau-Ponty instaura un análisis que reconoce tanto la corporalidad de la consciencia como una intencionalidad corporal, contrastando así con la ontología dualista cuerpo/alma de Descartes.

Para Merleau-Ponty el cuerpo es un "sitio" en relación con el mundo, y "la conciencia". El cuerpo se proyecta en el mundo. Mientras que para Bourdieu el cuerpo socialmente informado es el "principio generador y unificador de todas las prácticas", y la conciencia una forma de cálculo estratégico fusionado con un sistema de potencialidades objetivas.

Con ambos principios, Csordas intenta establecer un balance de todo cuanto media entre el individuo y su mundo al proponer que el proceso de objetivación, es decir, el tránsito de lo preobjetivo —lo preabstracto— a lo objetivo —lo abstracto—, que en cierto modo puede entenderse como el tránsito de lo presocial y/o precultural a lo social y/o cultural, se basa en un principio de indeterminación que permanentemente gobierna la existencia humana, y por tanto permite que la interacción entre los individuos y su mundo constituya un proceso de mutua retroalimentación mediante el cual la cultura es continuamente recreada pero también creada.

Csordas define el concepto de embodiment como la condición existencial en la que se asientan la cultura y el sujeto. A esta perspectiva le sigue un enfoque metodológico, la fenomenología del cuerpo, que se basa en el reconocimiento del embodiment como sustrato existencial de la cultura y el sujeto (“necesario para ser”), y del cuerpo (en el sentido de cuerpo viviente, es decir, en su dimensión biológica y material) como punto de partida metodológico, más que como objeto de estudio.

Las observaciones sobre el embodiment, de este modo, no son sólo estudios sobre el cuerpo, sino sobre la cultura y la experiencia, entendidas a partir del ser en el mundo corporeizado (embodied), que buscan sintetizar la inmediatez de la experiencia corporeizada con la multiplicidad de sentidos culturales en que estamos inmersos (Csordas, 1999)

Hay otra perspectiva: la de Michel Lambeck, que como la de Csordas, es heredera tanto de la de Maurice-Ponty como de la de Pierre Bourdieu. Michael Lambeck (1998) ha afirmado que tanto las experiencias monistas como las experiencias dualistas son inherentes a la condición humana. Propone la existencia de un dualismo universal presente en el pensamiento en todas las culturas, en la cultura occidental la versión de éste sería el dualismo cartesiano.

Reconocer el dualismo mente/cuerpo no implica que no pueda ser trascendido en la práctica, por un lado, ni que se asuma una distinción tajante entre fenómenos estables que se relacionan de modo definitivo. Tomando el caso de la oposición que hacemos entre mente y cuerpo, Lambeck entiende, que no son categorías contrarias ni opuestas, sino inconmensurables; puesto que no pueden ser medidas desde un criterio común, ni existe entre ellas una posición intermedia, ni se excluyen la una a la otra, ni cada una es la ausencia de la otra, ni son suficientes cada una por su lado para describir la experiencia humana; mente y cuerpo están implicados uno en el otro, no hay uno sin el otro.

Esta inconmensurabilidad entre mente y cuerpo, según este autor, podrán producir tanto ideas monistas como dualistas en relación a la experiencia humana. Como la experiencia humana tiene algo genuinamente dual, entonces los términos para expresarla son inconmensurables. La mente/cuerpo puede enfocarse partiendo desde el modo en que es representado en la mente, o desde el modo en que es vivido en el cuerpo. Mente y cuerpo convergen en la práctica aún cuando en la mente podamos distinguir la mente y el cuerpo.

Según Lambeck, desde la perspectiva de la mente, el cuerpo y la mente son inconmensurables y desde la perspectiva del cuerpo están integralmente relacionadas. Los cuerpos sirven como íconos, índices y símbolos de la sociedad y de los individuos, pero además las personas y por ende las relaciones sociales están constituidas de manera activa por los cuerpos. La subjetividad y la sociabilidad imparten significado al cuerpo y hacen que este sea posible pero el cuerpo no es sólo su representación.

Por tanto lo que cabría sería el ver a cada uno a la luz del otro y tener en cuenta las dimensiones productivas de esta relación de inconmensurabilidad. Al entender el embodiment como la conjunción de la mente y el cuerpo podemos reconocer, según este autor, que las prácticas corporeizadas (embodied) se llevan a cabo por agentes que pueden producir una objetivación conceptual sobre esas prácticas. El embodiment deja abierta la posibilidad para la autorreflexión y para comprender las implicaciones de la capacidad de acción.

El estudio de lo corporal desde la perspectiva del embodiment plantea, desde el punto de vista metodológico, la necesidad de no olvidar el lugar que el investigador ocupa en el contexto de investigación, como un sujeto social que produce una mirada sobre otros sujetos sociales al tiempo que, al aplicar técnicas con metodologías cualitativas para recabar datos, influye en el contexto de investigación. Con su presencia, sus preguntas y comentarios, e incluso con su lenguaje corporal influye sobre los sujetos investigados del mismo modo que los sujetos investigados impactan sobre él.

Por lo que hay que tener en cuenta, para abordar el estudio del cuerpo desde el concepto de embodiment, la perspectiva de la “sociología carnal del cuerpo” que considera las experiencias corporales y emocionales del investigador como un aporte necesario a la hora de intentar comprender al grupo social investigado.

Dentro de esta perspectiva nos encontramos con autores como Nick Crossley, Loïc Wacquant o Renato Rosaldo. Nick Crossley (1995) parte de que el cuerpo no es sólo algo sobre lo que se actúa sino que actúa, por lo que propone que las ciencias sociales no utilicen el cuerpo únicamente como objeto de investigación sino como herramienta y sujeto de conocimiento para lo cual hay que dar protagonismo al cuerpo actuante del investigador. Loïc Wacquant (2006) mantiene que debemos reconocer tanto la implicación corporal que todo conocimiento del mundo y de sí mismo tiene, como la necesidad de incluir el conocimiento producido por nuestras propias experiencias corporales en el proceso de investigación. Renato Rosaldo (1991) ha defendido y ha puesto en práctica la utilización de la propia experiencia para comprender los objetos-sujetos estudiados.

1.3. El estudio del cuerpo desde la perspectiva del género.

1.3.1. Perspectiva de género. Antecedentes

La categoría género subraya la construcción cultural de la diferencia sexual, es decir, el hecho de que las diferentes conductas, actividades y funciones de mujeres y hombres son culturalmente construidas, más que biológicamente determinadas.

En las Ciencias Sociales esta categoría es usada como categoría de análisis desde que el antropólogo John Money propusiera, en 1955, el término “rol de género” para describir los comportamientos asignados socialmente a hombres y mujeres. En 1968, once años después, Robert Stoller definió la “identidad de género” y concluyó que ésta no está determinada por el sexo biológico, sino por el hecho de haber vivido desde el nacimiento las experiencias, ritos y costumbres atribuidos a cierto género.

En los años 70 gracias al feminismo académico anglosajón se impulsó el uso de este concepto para enfatizar que las desigualdades entre mujeres y hombres son socialmente construidas y no biológicas. Distinguir claramente la diferenciación sexual de las interpretaciones que cada sociedad hace de ella permitía una mejor comprensión de la realidad y demostrar que las características humanas consideradas femeninas son adquiridas por las mujeres mediante un complejo proceso individual y social, en vez de derivarse naturalmente de su sexo biológico.

En los años 80 se extendió la utilización de la categoría género por parte de las distintas disciplinas de las Ciencias Sociales porque demostraba ser una categoría útil para delimitar con mayor precisión cómo la diferencia (biológica) se convierte en desigualdad (económica, social y política) entre mujeres y hombres, colocando en el terreno simbólico, cultural e histórico los determinantes de la desigualdad entre los sexos.

Desde la antropología, el género ha sido definido como la interpretación cultural e histórica que cada sociedad elabora en torno a la diferenciación sexual. Tal interpretación da lugar a un conjunto de representaciones sociales, prácticas, discursos, normas, valores y relaciones que dan significado a la conducta de las personas en función de su sexo. En consecuencia, el género estructura tanto la percepción como la organización concreta y simbólica de toda la vida social.

Para la psicología, el concepto “género” alude al proceso mediante el cual individuos biológicamente diferentes se convierten en mujeres y hombres, mediante la adquisición de aquellos atributos que cada sociedad define como propios de la feminidad y la masculinidad. Desde la perspectiva psicológica, el género es una categoría en la que se articulan tres instancias básicas: 1) La asignación de género que se realiza en el momento en que nace la criatura a partir de la apariencia externa de sus genitales. 2) La identidad de género que es el esquema ideo-afectivo más primario, consciente e inconsciente, de la pertenencia a un sexo y no al otro que se establece entre los dos o tres años y que se convierte en un tamiz por el que pasan todas las experiencias. 3) El rol de género que es el conjunto de deberes, aprobaciones, prohibiciones y expectativas acerca de los comportamientos sociales apropiados para las personas que poseen un sexo determinado.

Por su parte, sociólogas e historiadoras feministas han conceptualizado el género como elemento estructurador de un conjunto de relaciones sociales – las relaciones de género– que determinan las interacciones de los seres humanos en tanto personas sexuadas. Las relaciones de género son socialmente construidas y, por lo tanto, son transformables; no proceden de la biología ni son necesariamente armoniosas, al contrario, pueden ser de oposición y conflicto. Dado que estos conflictos están determinados socialmente, pueden adoptar formas muy distintas en diversas circunstancias, a menudo adoptan la forma de dominación masculina y subordinación femenina (Whitehead, 1979).

Desde esta perspectiva, Joan Scott (1986) ha planteado que el concepto “género” comprende cuatro elementos interrelacionados: 1) Símbolos y mitos que evocan representaciones múltiples y, a menudo, contradictorias 2) Conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos y que se expresan en doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas, que prescriben los significados asociados a lo masculino y a lo femenino. 3) Instituciones y organizaciones sociales de las relaciones de género: el sistema de parentesco, la familia, el mercado de trabajo segregado por sexos, las instituciones educativas y la política. 4) La subjetividad y las identidades de género (femenina y masculina).

Joan Scott enfatiza que el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder, como la diferencia sexual es entendida socialmente como la forma primaria de toda diferenciación significativa, entonces el género cumple un rol crucial en la organización de la desigualdad, dada su función legitimadora de las desigualdades sociales, al facilitar la decodificación de diferentes formas de interacción humana; la relación naturalizada -construida socialmente pero representada y experimentada como natural entre varón y mujer-, en la que se basa la comprensión y la legitimación de otros tipos de desigualdad al propiciar una distribución desigual de conocimientos, propiedad e ingresos, responsabilidades y derechos entre mujeres y hombres.

El género estructura unas relaciones asimétricas de poder entre ambos. Naila Kabeer (1994) ha planteado que estas relaciones de poder entre los géneros derivan de acuerdos institucionales gestados en instituciones sociales como el hogar, el mercado, el Estado y la comunidad, y que proporcionan a los hombres, más que a las mujeres, una mayor capacidad para movilizar reglas y recursos institucionales que promuevan y defiendan sus propios intereses.

En la mayoría de los contextos, los hombres gozan de un mayor acceso a los alimentos, a los puestos políticos o a la tierra, una mayor movilidad física, menos responsabilidades en términos de autocuidado o de cuidado de las personas jóvenes o ancianas, una posición privilegiada en términos de control del trabajo –sobre todo del trabajo de las mujeres– y una sexualidad menos confinada.

Estas relaciones definen la manera en que los hombres y las mujeres perciben sus necesidades prácticas cotidianas, además de provocarles intereses estratégicos discrepantes, y posiblemente, conflictivos en la transformación a largo plazo de esas desigualdades puesto que al encarnar tales relaciones el privilegio masculino, es probable que parte de los intereses estratégicos de los hombres consistan en resistirse a la idea de que las desigualdades de género existen, son construidas socialmente y pueden ser desafiadas y transformadas.

Pero, por otro lado, la mirada del género no se agota en la consideración de la construcción social de la diferencia sexual entre varones y mujeres, sino que también abarca a las elecciones sexuales. En los estudios sobre la construcción de la heterosexualidad obligatoria han sido centrales los aportes de Judith Butler (2001, 2005) quien ha construido una perspectiva teórica en donde problematiza la tradicional distinción entre sexo y género. Judith Butler afirma que, así como el género, el binarismo sexual es una construcción socio-cultural y no una evidencia biológica.

El análisis con perspectiva de género de una práctica, como puede ser la práctica corporal, aporta, por un lado, el conocimiento de un modo específico en el que se ha dado la construcción de los géneros y sus relaciones, y por otro lado, permite aproximarse desde un enfoque particular a un universo específico de prácticas y significaciones.

Sin la inclusión de esta dimensión en el estudio de una práctica, no comprenderíamos completamente la red de significaciones en que se basa dicha práctica, no podríamos tener un conocimiento acabado de las prácticas - corporales en este caso- y de las redes que le dan sentido.

1.3.2. Aportes de la perspectiva de género al estudio de lo corporal

La perspectiva de género nos permite dar cuenta del modo en el que, a través de diversas prácticas, representaciones y experiencias, tiene lugar la configuración de un orden corporal generizado. Siguiendo a Judith Butler podríamos decir que los cuerpos están culturalmente contruidos y que no hay posibilidad de acceso a “lo natural” porque no hay naturaleza independiente de nuestras concepciones culturales. Esta autora considera que no existe cuerpo natural, que todo cuerpo es cultural y porta las inscripciones narrativas de la historia y la cultura, y que su materialidad es un efecto del poder. El poder delimita a los cuerpos produciendo su materialidad e instala la exigencia de desarrollar identidades fijas y coherentes, sujetos unificados, estables e idénticos a sí mismos. Por lo que la identidad pensada como algo monolítico es un ideal normativo más. La política moderna, sostiene Butler, encontró los mecanismos regulatorios para producirlo y mantenerlo.

El sujeto y los actos emergen por un proceso de reiteración producido por el discurso, el discurso tiene la capacidad de producir lo que nombra, es la noción de performatividad. Así, el sujeto surge de un proceso de repetición de normas, pero como la determinación nunca es completa, se hace posible la desviación en la repetición y la ruptura de la norma. Tomando en cuenta el carácter performático del género, esta autora entiende, que el cuerpo es el escenario en que tiene lugar la construcción, la reproducción, la expresión y también la transformación de los géneros y de la diferencia sexual. Como toda construcción socio-cultural, las diferencias y desigualdades de género deben ser constantemente recreadas y sostenidas, ya que toda construcción conlleva la posibilidad de cambio.

Concluyendo este apartado cabe decir que la construcción socio-cultural de los géneros es una construcción que tenemos internalizada e incorporada, hecha cuerpo. Desde esa incorporación tiene efectividad para modelar nuestra experiencia y el modo en que experimentamos la particularidad de nuestro género y las diferencias con los otros, y ante ello, sólo cabe desnaturalizar los cuerpos y las categorías culturales.

2.- LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LO SOCIAL

2.1 El concepto social de salud: El estudio desde la sociología: Perspectivas teóricas.

Dentro de la teoría sociológica nos encontramos con diferentes enfoques. Por un lado, tendríamos aquellos que sostienen que la sociedad puede ser estudiada de una manera objetiva a través de la identificación y el examen de las estructuras de la sociedad, sería el enfoque estructuralista, que tiende a centrarse en el nivel macro de la interacción, mientras que por otro lado, estarían aquellos enfoques que abogan por un enfoque interpretativo o subjetivo de los fenómenos sociales centrándose en los actores sociales, sería el enfoque subjetivista, que tiende a centrarse en el nivel micro de la interacción .

Y de forma más reciente se ha desarrollado una tercera posición que intenta superar las dualidades sociológicas tradicionales entre la agencia - lo ideal- y la estructura –lo material-, serían las perspectivas que abordan la enfermedad como una síntesis de ambas (de agenda y estructura) puesto que sostienen que las estructuras y la agencia no pueden ser concebidas de forma separada, puesto que ni las estructuras son independientes ni los actores determinantes de su comportamiento.

Sería interesante abordar cómo se trata la salud desde estos tres enfoques, por tanto habría que considerar:

- La perspectiva estructural de la salud y la enfermedad
- La perspectiva interpretativa o subjetiva de la salud y la enfermedad
- La perspectiva que aborda la salud y la enfermedad como una síntesis de la agencia y la estructura.

2.1.1.La perspectiva estructural de la salud y la enfermedad

Este enfoque se basa en datos cuantitativos derivados de estudios sociales, epidemiológicos y comparativos con el fin de señalar la influencia relativa de las estructuras sociales en la determinación de los resultados de la salud para los distintos grupos sociales. Existen dos grandes perspectivas teóricas que utilizan un enfoque social estructural o de sistemas: El estructural-funcionalismo y el marxismo.

La perspectiva funcionalista de la salud y la enfermedad destaca la estabilidad y la cooperación en las sociedades modernas. Los actos sociales se explican en relación a las funciones que se realizan para permitir la continuidad dentro de la sociedad. La sociedad se asemeja a un organismo biológico que se compone de partes interconectadas e integradas. Esta integración es el resultado de un consenso general sobre los valores fundamentales y las normas. A través del proceso de socialización aprendemos las reglas de la sociedad que se traducen en funciones. Por tanto, el consenso se logró a través de la estructuración de la conducta humana. Dentro de esta tradición destaca Talcott Parsons (1902-1979) que identificó la enfermedad como un fenómeno social y no como una condición puramente física. Este autor define la salud como la capacidad óptima de un individuo para el desempeño eficaz de las funciones y tareas para las cuales ha sido socializado. De esta forma, la salud dentro de la perspectiva funcionalista se convierte en un requisito indispensable para el buen funcionamiento de la sociedad.

Dentro de la perspectiva marxista de la salud y la enfermedad se considera que la salud de la población está influenciada por el funcionamiento del sistema económico capitalista en dos niveles: a nivel del propio proceso de producción –la salud se ve directamente afectada en términos de enfermedades profesionales y lesiones- y a nivel del proceso de distribución –los ingresos y la riqueza son los principales factores determinantes del acceso a la educación, los servicios de salud, la dieta y las actividades recreativas, factores que influyen en el patrón social de salud-.

2.1.2. La perspectiva interpretativa o subjetiva de la salud y la enfermedad

Esta perspectiva se centra en los significados (lo simbólico) de lo que es estar enfermo en nuestra sociedad, y no limita su interés, en el ámbito de la salud, a la biomedicina clínica -en este ámbito se centra en el estudio de las interacciones de los médicos con los pacientes y con sus colegas-. Dentro de esta tradición sociológica interpretativa destacan dos perspectivas diferentes: el interaccionismo simbólico y el construccionismo social.

El interaccionismo simbólico es una perspectiva que se desarrolla a partir de la preocupación por el lenguaje y las formas en que nos permite convertirnos en seres autoconscientes. La base de cualquier lengua es el uso de símbolos que reflejan los significados que la lengua confiere a los objetos físicos y sociales. En cualquier escenario social donde se lleve a cabo la comunicación hay un intercambio de estos símbolos que sirve para interpretar el comportamiento de los demás, al ser la comunicación un proceso bidireccional la interpretación implica una negociación entre ambas partes. Según esta perspectiva las identidades sociales que poseemos están influenciadas por las reacciones de los demás. Así que si se demuestra alguna anormalidad o desviación en el comportamiento es probable que la etiqueta que se adjunte dentro de una sociedad a ese comportamiento en un momento determinado se una a nosotros como individuos, algo que puede provocar cambios importantes en nuestra propia identidad.

Un diagnóstico de la enfermedad podría ser una etiqueta. El concepto de etiquetado y estigma se centran en la importancia de los significados simbólicos de la salud y la enfermedad, o dicho de otro modo, en las connotaciones sociales y las imágenes asociadas con el hecho de “estar enfermo”. Y trata de llamar la atención sobre el hecho de que la experiencia de “estar enfermo” tiene consecuencias tanto sociales como físicas.

Siguiendo a Becker (1963) podríamos afirmar que los grupos sociales crean la desviación al hacer las reglas cuya infracción constituye la desviación, según este autor, la desviación no es una cualidad inherente al propio comportamiento sino que se encuentra en la interacción entre la persona que comete un acto y aquellos que responden al mismo, siendo, por tanto “la desviación” aquel a quien la etiqueta ha sido aplicada con éxito. El comportamiento que se denomina como “desviación” de la “norma” implica juicios de valor de individuos que están en posición de imponer etiquetas.

Lemert (1967), siguiendo a Becker, reconoce la importancia de los demás en la explicación de la desviación e incluye una distinción entre la desviación primaria y la secundaria. La desviación primaria consistiría, según este autor, en actos desviados antes de que sean etiquetados públicamente y las implicaciones para la estructura del Estado y para la persona serían marginales, mientras que la desviación secundaria implica la identificación pública de una persona como desviada y las implicaciones son mucho más significativas, puesto que la persona como respuesta directa a esta etiqueta cambia su comportamiento de acuerdo a dicha etiqueta. En el caso de la enfermedad, la desviación primaria representa la experiencia de la enfermedad mientras que el proceso de desviación secundaria se constituye a través del acto del diagnóstico médico mediante el cual las personas son etiquetadas como enfermas –las que se desvían de la norma- o sanos.

Goffman, por otro lado, se centra menos en cómo se produce el proceso de etiquetado y se preocupa más, en sus trabajos, de las consecuencias estigmatizadoras que tiene el proceso de etiquetado social de un estado patológico como una desviación en la vida cotidiana del individuo. Según este autor, cuando una etiqueta de enfermedad se une a una persona, la etiqueta en sí misma tiene el poder para “echar a perder la identidad de la víctima” (Goffman, 1963), tanto a nivel personal como social. El estigma social que resulta de este proceso de etiquetado, se deriva no sólo de la reacción social que puede producir experiencias reales discriminatorias sino también de la imaginada reacción social y puede cambiar drásticamente la auto-identidad de una persona.

Dentro de la tradición sociológica interpretativa o subjetiva de la salud y la enfermedad destaca otra perspectiva, además de la perspectiva del interaccionismo simbólico y de la perspectiva del construccionismo social. La perspectiva construccionista social de la salud y la enfermedad derivada del planteamiento fenomenológico de Berger y Luckmann (1967).

Estos autores parten de que los sujetos crean la sociedad y de que ésta se convierte en una realidad objetiva que, a la vez, crea a los sujetos. Es muy importante, en estos autores, el concepto de intersubjetividad, entendida como el encuentro por parte del sujeto de otra conciencia que va constituyendo el mundo en su propia perspectiva. La intersubjetividad no se reduce al encuentro cara a cara sino que abarca todas las dimensiones de la vida social, la intersubjetividad se concibe como el vivir humano en una comunidad social e histórica. Las propuestas de estos autores implican un tránsito de lo individual a lo social, de lo natural a lo histórico y de lo originario a lo cotidiano. Conciben la realidad de la vida cotidiana como una realidad intersubjetiva compartida con otros.

El construccionismo social examina cómo los individuos y los grupos contribuyen a la producción de la realidad social percibida y al conocimiento. El enfoque construccionista social aplicado a la enfermedad se basa en la distinción conceptual de la enfermedad como condición biológica y la enfermedad condicionada por el significado social. El significado y la experiencia de la enfermedad dependen de los sistemas culturales y sociales. La enfermedad lejos de estar simplemente presente en la naturaleza es una denominación social. Lo que se califica como enfermedad a menudo es negociado socialmente.

Foucault y el trabajo de los post-estructurales teóricos sociales están incluidos dentro de esta perspectiva aunque sus preocupaciones son a menudo diferentes de las de la tradición fenomenológica. Foucault considera el conocimiento como una forma de poder.

Sostuvo que el conocimiento experto sobre el ser humano, que tiene la capacidad de establecer la “normalidad” y la “anormalidad”, no es objetivo ni dado naturalmente sino que es la principal forma de poder en las sociedades modernas. La enfermedad lejos de ser un evento natural estaría construida por el discurso médico, que sería capaz de influir en los comportamientos de las personas, afectar a sus experiencias subjetivas o dar forma a su identidad.

2.1.3. La salud y la enfermedad como una síntesis de agenda y estructura

Las perspectivas que abordan la enfermedad como una síntesis de agenda y estructura tratan de superar las dualidades sociológicas tradicionales entre agencia –lo ideal- y la estructura –lo material-.

En esta línea se encuentra el trabajo de Anthony Giddens cuya teoría de la estructuración, recogida a lo largo de las obras que produjo a lo largo de la década de los setenta y principios de los ochenta, y que es tratada de forma más sistemática en *“la constitución de la sociedad”* (1984), recoge el debate que ha existido en las ciencias sociales sobre la prioridad relativa concedida a la estructura social y a la acción individual y sostiene que las estructuras y la agencia no pueden ser concebidas de forma separada, puesto que ni las estructuras son independientes ni los actores determinantes de su comportamiento sino que las estructuras sociales son un conjunto de normas y competencias en las que los actores dibujan y que tienden a reproducirse, en su conjunto, en el tiempo.

Las estructuras sociales, por tanto, no son sólo “hechos” que limitan la acción humana, sino que existen sólo en la medida en que son reconocidos por los agentes. Los trabajos de este autor tienen por objeto examinar la reproducción estructural de las prácticas sociales e insistir en las oportunidades que existen para la innovación individual de la conducta social. Giddens utiliza el término “dualidad de la estructura” para referirse a la idea de que mientras las estructuras sociales son producidas por los sujetos, al mismo tiempo, estas estructuras actúan como mediadores para limitar e influir ese proceso productivo.

En el contexto de salud y enfermedad, Giddens afirma, que para que una sociedad funcione con eficacia se requiere que las personas tengan un sentimiento del orden y la continuidad en los sucesos, lo que este autor denomina “seguridad ontológica” y define como “la certeza en que los mundos natural y social son tales como parecen ser, incluidos los parámetros existenciales básicos del propio ser y de la identidad social” (Giddens, 1984). Las prácticas cotidianas, que se van aprendiendo durante el ciclo de la vida, conforman la seguridad ontológica que permiten al individuo reducir su nivel de angustia, ya sea existencial o causada por circunstancias ajenas al mismo. Hay ocasiones en las que los individuos se ven sorprendidos por situaciones imprevistas, no buscadas, como puede ser la enfermedad, que pueden representar una crisis e implicar, en cierto grado, una pérdida de la seguridad ontológica. Esto sucede porque la seguridad ontológica está basada en una serie de rutinas diarias que conforman un estilo o plan de vida de un individuo y la enfermedad puede romper esas rutinas e impedir el estilo de vida que se llevaba con anterioridad.

2.2.. Concepto social de salud: conexiones entre salud, enfermedad y cultura

Siguiendo a Bideau (1991) podríamos trabajar las conexiones existentes entre la salud, la enfermedad y la cultura desde tres fases o grados de profundidad: 1) desde el análisis del discurso popular - alejado del discurso biomédico- para observar cómo las sociedades identifican, describen y denominan sus problemas de salud. 2) Desde la interpretación que se hace socialmente de la situación de salud y enfermedad, y de la atribución de significado que se realiza 3) Desde el análisis de cómo todo esto modela, interactúa y construye la experiencia, la acción.

Algo que se hace necesario por varias razones, en primer lugar, porque el campo de la salud humana es un campo simbólico en el cual teorías profanas, elaboradas a partir del saber popular, y teorías expertas, conformadas a partir del saber profesional médico, comparten algunos símbolos y signos pero se diferencian en otros. En segundo lugar, porque la cultura es un fenómeno de representación simbólicamente eficaz de la experiencia humana, maleable como los discursos que la constituyen. Y en tercer lugar porque la salud y la enfermedad, como todo evento de la existencia humana, pide una explicación y debemos entender su naturaleza y encontrar sus causas (Lolas, 1997).

Por ello, sería muy útil combinar el plano teórico con el plano de nuestra construcción cotidiana –como vivimos y como le damos sentido a la salud y a la enfermedad- a la hora de analizar los distintos modelos explicativos existentes en torno a la salud y a la enfermedad. En esta línea, cabe referirse a la dimensión social e individual, que se analizan desde los distintos modelos, en relación a la atribución de la responsabilidad de la salud y la enfermedad.

En las sociedades occidentales, a lo largo de la historia, se ha ido creando una imagen de individualidad frente a los términos de salud y enfermedad. Se enseña, desde la infancia, que se es responsable de la propia salud y se aprenden hábitos de alimentación e higiene en el sentido de conservarla, por lo que se entiende que la responsabilidad de preservarla es individual, sin embargo, el discurso que se mantiene acerca de las enfermedades se centra

en la atribución de las mismas a causas externas al individuo –como el estrés, por ejemplo (Arana, 2000).

Esta aparente paradoja la descubrimos al analizar las expresiones cotidianas que son reflejo de los juegos simbólicos y que tienen que ver con la forma en que las comunidades construyen los conceptos de salud y enfermedad. En inglés, por ejemplo, existen tres maneras de expresar el concepto enfermedad- illness, disease, sickness- cada una de ellas refleja una óptica o posición distinta de la enfermedad, la primera es el sentir individual del estar enfermo, la segunda es la dimensión biológica orgánica de la enfermedad, y la tercera es la dimensión social de la enfermedad.

En todas las sociedades existe un sistema semántico de la enfermedad - conformado por los discursos de médicos, pacientes, familiares, opinión pública, empresas farmacéuticas- que designa un conjunto de nociones y símbolos asociados a la enfermedad y que le dan el sentido a la misma. Las concepciones de la enfermedad reflejan las reglas, la visión del mundo y la relación con el orden social existente en las distintas sociedades (Blech, 2005).

Los antropólogos, en sus estudios con sociedades tradicionales premodernas, han descubierto un modelo exógeno de la enfermedad, la salud es del orden de lo natural, está dentro “del orden de las cosas” pero para esto las personas deben estar en armonía con su entorno. La enfermedad, sin embargo, no aparece dentro del orden de lo natural, no proviene directamente del individuo sino de la introducción de elementos nocivos reales o simbólicos que irrumpen en su equilibrio, por lo general, con la intencionalidad de hacer daño.

En las sociedades occidentales actuales esta concepción exógena de la enfermedad sigue de una u otra forma vigente, la diferencia reside en que mientras que en las comunidades tradicionales, pequeñas y restringidas intervienen tanto las personas como los seres sobrenaturales, en las sociedades occidentales la relación de conflicto se da con una sociedad global y todas sus consecuencias.

A partir del siglo XIX, con las sociedades industrializadas, comienza una nueva etapa de relación salud-enfermedad. Nace la seguridad social en Europa para hacerse cargo de forma colectiva de los trabajadores enfermos, puesto que de este colectivo dependerá su desarrollo. La salud de esta manera comienza a aparecer relacionada con el trabajo, en concreto, con la capacidad o incapacidad para ejercerlo. La salud pasa a convertirse, de este modo, en un sinónimo de vigor, de poder trabajar y de responder a las exigencias de la sociedad.

Claudine Herzlich realizó, en los años setenta, un estudio para investigar las representaciones de la salud y la enfermedad en Francia, del que acaba concluyendo que en muchos casos estas representaciones de la salud y de la enfermedad son independientes del saber médico, son la forma en la que diferentes sociedades o grupos sociales entienden y dan sentido a sus experiencias orgánicas individuales, elaborando de esta manera una realidad social colectivamente compartida.

Tanto en las sociedades industrializadas como en las sociedades tradicionales, tal y como ponen en evidencia los distintos estudios antropológicos, el lenguaje que se utiliza para denominar e interpretar las causas, manifestaciones y consecuencias de la enfermedad y de la salud es un lenguaje que une al individuo y a la sociedad a la que pertenece y que muchas veces refleja una relación de conflicto social. Las sociedades constituyen lenguajes y conjuntos de representaciones sobre la salud y la enfermedad a partir de sus propias cosmovisiones –visiones del mundo-. Este fenómeno también se da a nivel de género o de clase social puesto que para la realización de estas construcciones se parte de las demandas que la sociedad determina en función del rol o estatus que se ejerce.

2.3. La construcción social del concepto de salud y enfermedad desde la perspectiva de género

Los papeles de género están constituidos por ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales asociadas a la condición sexuada del sujeto. La cultura construye y transmite, de esta forma, el “deber ser” de los hombres (lo masculino) y de las mujeres (lo femenino). El género es una categoría de relación que conforma sistemas de pensamiento que limitan las acciones y estrategias personales.

El género podría definirse, siguiendo a Lupton (1994) como un artefacto cultural que modela al sujeto. La cultura transmite a través de las representaciones sociales una determinada ordenación social, por lo que actúa para establecer relaciones asimétricas de poder que definen las posibilidades de vida de cada grupo sexual, y en consecuencia, produce efectos psico-sociales y de salud.

En los seres humanos la diferencia anatómica se convierte en inferioridad, ya que las construcciones imaginarias que sostienen los papeles de género fundamentan conductas discriminatorias. A la legitimación de la discriminación han contribuido significativamente la distinción patriarcal entre la lógica de reproducción y la lógica de la producción con sus lógicas de complementariedad y de la división sexual del trabajo, que han “naturalizado” las características adscritas socialmente a las diferencias sexuales.

La legitimación y jerarquía social del género no sólo tiene una enorme repercusión en el acceso a los recursos de los que dispone una sociedad sino que también tiene una gran repercusión en el acceso a la individualización y al saber. La interiorización del sistema de valores culturales y las normas sociales sobre cómo debemos ser, sentir y comportarnos las personas en función de nuestro sexo está íntimamente relacionado con la vivencia de las propias experiencias, el modo de percibir el mundo y de resolver los conflictos y problemas, que van a condicionar las propias estrategias de afrontamiento e influirán en los posibles modos de enfermar. (Martínez Benlloch y Bonilla, 2000; Mingote, 2001; Russo y Green, 1993; Unger y Crawford, 1996).

El estudio de los determinantes de la salud no puede hacerse al margen del análisis de la forma en que los conceptos de salud y enfermedad son contruidos socialmente y, en este sentido, el análisis de género ha hecho visible la construcción social de la feminidad y la masculinidad, según patrones que modelan distintos perfiles de salud y enfermedad, así mismo, ha llamado la atención sobre las desigualdades entre los géneros en el acceso a bienes y recursos esenciales para una vida digna, entre ellos los servicios que pueden permitir a las mujeres el disfrute de una vida saludable, permitiendo una más adecuada detección y atención de los problemas de salud de la población femenina, ya que, la prevención y atención de problemáticas asociadas a la salud requieren de un análisis diferenciado por género para ser más efectivas.

En los últimos años, y gracias a esta visión de género, se ha ampliado la comprensión de los problemas de salud de las mujeres al tiempo que se ha señalado la influencia de su condición de subordinación en las enfermedades que con mayor frecuencia les aquejan: la malnutrición -que significa desnutrición en algunos países y obesidad en otros-; los riesgos para la salud relacionados con el trabajo doméstico; los riesgos para la salud relacionados con trabajos remunerados; la fatiga, el estrés y otras somatizaciones causadas por la “doble jornada” desempeñada por las mujeres que trabajan dentro y fuera del hogar; Los problemas de salud sexual y salud reproductiva -donde destacan las consecuencias del uso de anticonceptivos y una creciente difusión de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA-; los problemas de salud mental -particularmente la depresión-; las consecuencias de la violencia -en forma de daños físicos, lesiones o discapacidades permanentes, embarazos no deseados, así como, miedo, ansiedad, depresión, problemas alimentarios y disfunciones sexuales-; problemas de salud derivados del rol de cuidadoras -las mujeres se preocupan constantemente de cuidar la salud de las demás personas dejando su propio cuidado en último lugar-.

Por tanto la visión de género es necesaria para ampliar la comprensión de los problemas de salud de las mujeres así como para identificar los factores que promueven y protegen la salud.

2.4. Salud e imagen corporal

Slade (1994) define la imagen corporal como la representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño e indica que está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo. Por tanto, se podría decir que, el concepto de imagen corporal implica la representación física y cognitiva del cuerpo. Y deberíamos añadir que unida a esta representación se incluyen actitudes de aceptación o rechazo dependiendo de si se aleja o no de la imagen del cuerpo ideal internalizado.

En este sentido, siguiendo a Pruzinsky y Cash (1990) podemos decir que existen varias imágenes corporales interrelacionadas, estos autores hablan de la imagen perceptual, la imagen cognitiva y la imagen emocional. La imagen perceptual haría referencia a los aspectos perceptivos con respecto a nuestro cuerpo, y podría parecerse al concepto de esquema corporal mental, incluiría información sobre tamaño y forma de nuestro cuerpo y sus partes. La imagen cognitiva, incluye pensamientos, auto-mensajes, creencias sobre nuestro cuerpo. Y la imagen emocional incluye nuestros sentimientos sobre el grado de satisfacción con nuestra figura y con las experiencias que nos proporciona nuestro cuerpo.

Thompson (1990) amplía el término de imagen corporal, incluyendo un componente conductual que se fundamentaría en qué conductas tienen origen en la consideración de la forma del cuerpo y el grado de satisfacción con él. Pero el cuerpo, además de un producto biológico, es una construcción social y, como tal, responde a un determinado momento histórico, como indicaba Slade, y a un contexto cultural particular.

En este sentido, Lagarde (1990) sostiene que la imagen corporal debe entenderse como parte de un sistema de relaciones sociales definidas culturalmente, que nos ayudan a entender la manera en que las personas perciben, describen y modifican su cuerpo.

En las sociedades occidentales actuales, tal y como nos indica Le Breton (1995), las concepciones del cuerpo están vinculadas con el ascenso del individualismo como estructura social, con la emergencia de un pensamiento racional positivo y laico sobre la naturaleza, y con una cultura de masas y de consumo. En el caso de las mujeres, habría que agregar además, que están sujetas a un sistema de dominación patriarcal que supone relaciones desiguales entre hombres y mujeres. El cuerpo concebido desde estas vinculaciones, se convierte en algo que podemos modificar. Y estas modificaciones se harán para conseguir el ideal estético existente en nuestras sociedades. Además este ideal estético está, en la sociedad occidental actual, enlazado con la salud.

Siguiendo a Díaz (2006) diremos que la sociedad occidental actual, se ha apropiado de un concepto de salud entendido de forma muy amplia, alejándose de su sentido estricto (como “el buen estado del organismo”), e identificándose con lo bello, lo delgado, lo joven y lo equilibrado. Así, se insiste en la idea de salud interior (por dentro) y exterior (por fuera), y se entiende más ampliamente como bienestar, refiriéndose a la agilidad corporal, el equilibrio, el placer, la relajación, la tonicidad, la delgadez y la imagen bella. Apareciendo así salud y belleza como dos ideales inseparables a los que hay que rendirles culto.

Esta promoción del culto a la salud y a la belleza existente en las sociedades occidentales actuales supone, para algunos autores como Bordo, una dimensión de control y dominación sobre el cuerpo, de la que ya hablara Foucault en su obra *Vigilar y Castigar*. Bordo (1993) aplica el concepto de biopoder para estudiar la relación de los poderes institucionales con el cuerpo y explicar los métodos que utilizan estos poderes para hacer cuerpos más dóciles al control externo y observa que la preocupación por la gordura y la dieta funciona como una poderosa estrategia de normalización, que busca la producción de cuerpos dóciles, capaces de auto-control y de auto-disciplina, dispuestos a transformarse y a mejorarse al servicio de las normas sociales y, fundamentalmente, de las relaciones de dominio y subordinación imperantes, puesto que esta estrategia de normalización reproduce la codificación cultural de las diferencias y las relaciones de poder entre los sexos.

Al mismo tiempo estas prácticas son experimentadas por las mujeres como fuentes de poder y control al permitir alcanzar la belleza, la aceptación social, laboral y sexual. Aunque aquí cabrían algunas matizaciones, puesto que como nos indica Cáceres (2008), no todas las mujeres viven su cuerpo y su identidad femenina desde el atractivo físico y el cuerpo sexuado sino que frente a esta alternativa existe la de aquellas mujeres que viven su cuerpo y su identidad femenina desde una alternativa que pasa por las cualidades humanas y personales y no por los aspectos externos.

Sería útil, por tanto, introducir el concepto de “perfección” y hablar no sólo de belleza física o hermosura sino de la belleza en su conjunto, que incluye la calidad superior de las personas y aúna cuerpo y moral. Y sería útil puesto que, tal y como nos indica Reynaga, el hecho de que se haya permitido, en un sentido sociocultural, que la imagen corporal de las personas -en especial la imagen femenina-, sea más importante que cualquier otra cualidad: honestidad, responsabilidad, experiencia y/o estudios profesionales, ganas de superación, buena disposición, entre otros valores, ha dado lugar al hecho de que no encajar a la perfección con lo que la sociedad actual impone genere frustración, rechazo, depresión, baja autoestima, además, de convertir a la persona en un ser susceptible de desarrollar enfermedades relacionadas con la alteración de la imagen (Reynaga, 2009).

Hay autores, como Hontanilla y Aubá, que realizan la distinción entre la belleza en su conjunto y la belleza física o hermosura, indicando que la belleza es interior, intrínseca, esencial y que está en el espíritu de las cosas reinando a la par sobre todo el conjunto. La belleza, siguiendo a estos autores, estriba en el ser, no en el parecer, mientras que la hermosura es lo excelente y perfecto en su línea o la proporción noble y perfecta de las partes con el todo y del todo con las partes.

Según estos autores, la distinción entre la belleza y la hermosura estriba en que mientras la belleza se vincula necesariamente con la verdad y la bondad moral, la hermosura procede de la naturaleza de las cosas y se dirige a los sentidos, es un misterio de la naturaleza más cercano al individuo, que se

interpreta como esencia, como perfección, produce entusiasmo, placer y habla a los sentidos, no significa nada sin contorno, está en las formas, mientras que la belleza produce la admiración y habla a la imaginación y al pensamiento y no significa nada sin el espíritu.

Estos autores afirman que la belleza está en una fantasía, en una idealidad y que las personas se enamoran de lo hermoso pero aman lo bello. Al hilo de lo cual, estos autores, concluyen que para que las personas sean realmente bellas y no solamente hermosas tienen que cumplir tres rasgos fundamentales: 1) armonía y proporción de la persona consigo misma y en relación con lo que le rodea; 2) integridad o acabamiento en relación con las perfecciones exigidas por su forma substancial o sus formas accidentales. Una persona bella está acabada, según estos autores, no sólo en su sentido estricto sino también en el de ese toque final que hace que una realización más o menos correcta sea una lograda obra de arte, desde el punto de vista psíquico y físico. 3) claridad o sinceridad en el ámbito de la materia como en el espíritu, aclaran los autores que, esta sinceridad en expresar los valores internos del espíritu, es el papel más propio del rostro y que la sinceridad de la expresión nace sólo de la intuición de quien observa, y sin embargo, es elemento más determinante al imprimir en un rostro el sello de la belleza, dando lugar a una variedad casi infinita de tipos (Hontanilla y Aubá, 2002).

3.- LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD

3.1. La construcción social de la enfermedad: Antecedentes Teóricos.

En los últimos 50 años, la construcción social de la enfermedad se ha convertido en un área de investigación importante en el subcampo de la sociología médica, y ha hecho importantes contribuciones a la comprensión de las dimensiones sociales de la enfermedad. La teoría de los problemas sociales de Spector y Kitsuse y la investigación de los años 1960 y 1970 son uno de los fundamentos intelectuales más importantes de la construcción social de la enfermedad.

El libro “Outsiders” (1963), de Howard Becker, inauguró, en los años 60, una nueva corriente sociológica al estudiar diversas formas de apartarse de las normas sociales no siempre asociadas al delito y a la criminalidad, como se había hecho hasta ese momento, y al estudiar la desviación desde una perspectiva académica distinta a la utilizada hasta entonces, que consistía en considerar la desviación como un problema social a resolver sin preguntarse en qué consistía la desviación, es decir, se asociaba la desviación con criminalidad, el criminal era aquel que las instituciones encargadas de ello habían etiquetado como tal, y a partir de ahí la pregunta iba dirigida a qué hacer con el desviado, pero sin preguntarse qué era un desviado.

Siguiendo a Becker (1963) podríamos decir que los grupos sociales establecen reglas, que esperan ponerlas en práctica, que definen lo correcto y lo incorrecto, lo permitido y lo prohibido, lo normal y lo desviado y que etiquetan a los actores sociales según el cumplimiento o el incumplimiento de esas reglas.

Siguiendo a Spector y Kitsuse tan sólo algunos fenómenos sociales se constituyen, en momentos sociales específicos, en causa de preocupación y pasan a ser considerados problemas sociales (Spector y Kitsuse, 1977). Es decir, ciertas condiciones – como pueden ser la pobreza, la desigualdad, o la discriminación, entre otras- pueden existir objetivamente durante mucho tiempo antes de que sean definidas, consideradas y aceptadas como problemas,

perteneciendo durante períodos históricos al “orden natural de las cosas”, o dicho de otro modo, siendo parte del consenso de la época.

Y por otro lado, Gusfield (1967) afirma que las organizaciones, los grupos, los científicos, los expertos, los académicos y otras partes interesadas, buscan tener su visión del mundo traducida a la política jurídica y administrativa, puesto que esto implica avanzar en sus perspectivas e interpretaciones, mejorar su legitimidad, autoridad y poder para denigrar o negar a otros. Según este autor, dada la falta de consenso la ley se convierte en un foco para afirmar ciertos ideales y normas sociales.

Por tanto, autores como Becker (1963), Spector y Kitsuse (1977) o Gusfield (1967), afirman que lo que viene a ser identificado como un comportamiento desviado o un problema social no viene "dado", sino que se le confiere en un contexto social particular, y en respuesta al éxito de "reclamación de decisiones" y "requerimiento moral" por parte de grupos sociales.

Estos expertos también hicieron hincapié en el uso intencional de estas categorías como modo de control social. Los principios básicos de este marco han sido aplicados fácilmente a la enfermedad. En concreto, Conrad y Schneider (1992) indican que la desviación social en las sociedades contemporáneas es cada vez más conceptualizada como enfermedad y apuntan a los procesos de contingencias por el cual ciertos comportamientos y experiencias vienen a ser definidos como condiciones médicas, y la forma en que esas definiciones pueden funcionar como un tipo de control social.

Según su concepción, la construcción histórica de la desviación está relacionada con las instituciones de control social dominantes en un momento determinado. De manera creciente, la desviación es interpretada en términos médicos -y no en términos morales o legales- y para ciertos comportamientos, la medicina -más que la religión o el Estado- se constituye en el principal agente de control social. Entre los comportamientos desviantes medicalizados podemos mencionar la locura, el alcoholismo, el uso de drogas, la hiperactividad, el juego compulsivo, el abuso de niños, el comer poco o comer demasiado, la infertilidad y la transexualidad (Conrad 1992).

Para Conrad la medicación es el proceso por el cual problemas no-médicos son tratados en términos de enfermedades o desórdenes, y por tanto, como problemas médicos, para este autor la clave de la medicalización está en la definición, se medicaliza un problema al describirlo en lenguaje médico, adoptando un marco médico para entenderlo o utilizando la intervención médica para tratarlo.

Para que la medicalización se desarrolle debe haber un contexto social adecuado, deben existir ciertos factores sociales entre los que estarían la disminución del rol de la religión; una creciente fe en la ciencia, la racionalidad y el progreso; un prestigio y poder cada vez mayor de los médicos y la tendencia humanitaria existente en las sociedades occidentales (Conrad, 1992)

Por otra parte, la medicalización de un problema o comportamiento no ocurre necesariamente de forma completa puesto que existen grados en este proceso por lo que algunas condiciones –como la muerte o el parto- están absolutamente medicalizadas, otras –como la menopausia o las adicciones- parcialmente y otras mínimamente – como la adicción sexual o la violencia familiar (Conrad, 1992).

Otro autor que ha contribuido al enfoque de la construcción social de la enfermedad, junto con otros interaccionistas simbólicos, ha sido Erving Goffman (1961, 1963) que introdujo el concepto de “carrera moral” para hablar de las experiencias sociales de ser un paciente, y del modo en que los individuos participan activamente de la construcción de la individualidad a través de la interacción social, lo que ha servido para situar la enfermedad en el contexto de las interacciones sociales diarias.

Los principios fenomenológicos también han contribuido significativamente al enfoque de la construcción social de la enfermedad. Siguiendo a Schütz (1932) la realidad puede definirse como un mundo -que conforma la vida cotidiana de los sujetos- en el que los fenómenos están dados, y no importa si son reales, ideales o imaginarios, y en el que los sujetos viven en una actitud natural desde el sentido común, que permite al sujeto comprender la realidad y asumir que la

compresión, que hace desde los conceptos del sentido común que maneja, es correcta.

Berger y Luckman señalan que la realidad se construye socialmente, que los significados de los fenómenos no necesariamente son inherentes a los fenómenos mismos, sino que se desarrollan a través de la interacción en un contexto social. Estos autores introdujeron la noción de “construcción social” - concepto o práctica que aparece como natural y obvia a los que la aceptan, pero que es en realidad una invención o artefacto de una cultura o sociedad particular-, que con el desarrollo del construccionismo social se fue aplicando a multitud de ámbitos de la vida social, entre los que se encuentra la enfermedad.

Por otro lado, las explicaciones de Eliot Freidson (1970) sobre como las enfermedades tienen consecuencias independientes de los efectos biológicos también han contribuido al enfoque de la construcción social de la enfermedad. Siguiendo a Freidson diríamos que para que una persona sea etiquetada como enferma es necesaria la actuación de quien tiene el poder de adjudicar esta etiqueta, y este papel, indica, lo ejerce la profesión médica que ostenta el monopolio sobre el derecho a definir y tratar la salud y la enfermedad desde el siglo XX.

Cuando un médico diagnostica la condición de un ser humano como enfermedad, según Freidson, se producen cambios de comportamiento motivados por el diagnóstico, puesto que al estado biofisiológico se le añade un estado social, mediante la asignación del significado de la enfermedad a la enfermedad, en este sentido los médicos crean la enfermedad y la enfermedad es analítica y empíricamente distinta de lo que la enfermedad simple es. La enfermedad es una construcción social, es decir, una categoría de evaluación sobre la base de las ideas sociales sobre lo que es “aceptable” o “deseable” y lo que no lo es (Freidson, 1970)

Por último, podemos considerar que Michel Foucault (1977) también ha contribuido de forma significativa a la construcción social del enfoque de la enfermedad, al sostener que el conocimiento experto sobre el ser humano, -el médico en relación a la enfermedad- que determina la “normalidad” y la

“anormalidad”, y que no es objetivo ni está dado naturalmente, es la principal forma de poder en las sociedades modernas.

La construcción social de la enfermedad, por tanto, está conformada por diferentes fundamentos intelectuales que comparten la idea de que la enfermedad está moldeada por la interacción social, las tradiciones culturales, los marcos cambiantes de conocimiento y las relaciones de poder, alejándose así de una concepción positivista de la enfermedad.

3.2. La construcción social de la enfermedad: El significado cultural

La construcción social de la enfermedad es una perspectiva de investigación que considera que algunas enfermedades están particularmente integradas en el significado cultural, es decir, que su significado no se deriva directamente de la naturaleza de las formas que condicionan la enfermedad sino que tiene relación con el modo en que la sociedad responde e influye en la experiencia de esa enfermedad, todas las enfermedades, de acuerdo con este enfoque, se construyen socialmente a nivel experimental en base a cómo las personas llegan a entender y vivir su enfermedad, y el conocimiento médico sobre la enfermedad, según esta perspectiva, no se da necesariamente por la naturaleza de la enfermedad sino que se construye y desarrolla por las reclamaciones hechas por las partes interesadas.

Podría servir de explicación a lo anterior, decir que, las enfermedades existen pero que un estado orgánico alterado se convierte en enfermedad cuando se define como un estado morboso. Un proceso morboso –un estado orgánico– llega a estar considerado como una enfermedad por una definición social que es el resultado de la interacción de la definición del estado morboso por parte de: pacientes, expertos en estados morbosos y opinión pública. A veces la presión de ésta última hace que los expertos reconozcan un estado morboso como enfermedad y otras veces es la opinión de los expertos la que hace que el proceso morboso se considere como tal por la opinión pública (Blech, 2005).

Por tanto, las enfermedades tienen una dimensión biomédica y otra social, puesto que a ciertas enfermedades se le atribuyen determinados significados culturales - por ejemplo, algunas se estigmatizan, dan lugar a controversia o son consideradas discapacidades mientras que otras no-, y esto puede tener consecuencias distintas e independientes de las puramente biológicas, tanto en la forma de respuesta social a la enfermedad como en la forma en la que se experimenta dicha enfermedad.

La estigmatización social es una desaprobación social severa de características o creencias personales que son percibidas como contrarias a las normas culturales establecidas. Goffman (1963) define un estigma como el proceso en el cual la reacción de los demás estropea la “identidad normal” y reconoce tres formas de estigma: 1) La experiencia de una enfermedad mental (o la imposición de este diagnóstico), 2) una deformidad o una diferenciación no deseada y 3) la asociación a una determinada raza, creencia o religión (o ausencia de ésta) (Goffman, 1963).

Posteriormente, y en base a los trabajos de Goffman, se han realizado investigaciones que examinan la construcción y el impacto de una serie de enfermedades estigmatizadas como son las enfermedades mentales, la epilepsia, el cáncer o el VIH / SIDA, es el caso de los trabajos de Scambler (1989), Epstein (1996) o Weitz (1990).

Las enfermedades en disputa –síndrome de fatiga crónica, fibromialgia, sensibilidad química múltiple, entre otras-, generan controversia, y tienen un significado cultural particular puesto que reflejan la tensión entre laicos (refiriéndonos con este término al análisis no médico, lego o profano) y el conocimiento médico con respecto a la legitimación cultural de los síntomas.

Siguiendo a Diéguez (2009) diríamos que puesto que no existe un mecanismo patógeno que dé entidad de enfermedad a estos síndromes, en unos tiempos como los actuales donde lo que no viene acompañado de “evidencia científica” no existe, nos encontramos por un lado con propuestas procedentes del ámbito médico para dejar de utilizar estos diagnósticos y por otro la defensa a ultranza

de asociaciones de pacientes que cuentan con el respaldo de investigadores que buscan un mecanismo patogénico que dé entidad al síndrome.

Otro ejemplo del significado cultural de ciertas condiciones lo proporciona la construcción social de la discapacidad. Siguiendo a Ferreira (2008) la discapacidad no es un atributo padecido y poseído por una persona individual sino que es una experiencia de vida en la que quienes la viven experimentan un amplio conjunto de restricciones impuestas por su entorno material, cultural y social. La discapacidad, siguiendo a este autor, es un fenómeno social que se constituye o afecta a tres esferas de la vida: 1) a las interacciones cotidianas, 2) a la identidad social, 3) y a la posición en la estructura general de la sociedad.

Por tanto, desde el enfoque de la construcción social de la enfermedad, la enfermedad sería un fenómeno cultural e histórico y no exclusivamente natural, por lo que un fenómeno biológico, o un trastorno, que no rompe el ritmo normal de la vida puede no ser considerado una enfermedad. De hecho, siguiendo a Freidson (1970) la clave para distinguir entre los roles de enfermo es la noción de legitimidad que supone una exención mayor o menor de las obligaciones habituales. La legitimidad condicional daría una exención temporal de las obligaciones normales, la legitimidad incondicional una exención permanente y la ilegitimidad una exención de algunas de las obligaciones.

3.3. La experiencia de la enfermedad como una construcción social

La enfermedad, por tanto tiene una sintomatología que se une, tal y como nos indica Martínez (2002), a las interpretaciones o significados que esa enfermedad tiene para la persona que lo está viviendo. Pero, además, siguiendo a Gomes, Alves y Luiza (2002), hay que tener en cuenta que las interpretaciones o significados asociados a la enfermedad son vividos como una experiencia basada en la intrasubjetividad e intersubjetividad de los sujetos inmersos en un contexto cultural determinado.

Es decir, la experiencia de la enfermedad es una construcción social puesto que las personas representan su enfermedad y la dotan de significado. Desde este punto parten importantes líneas de investigación sociológica que destacan la experiencia cotidiana y subjetiva de la enfermedad, como la de Conrad (1987) que elaboró una perspectiva centrada en el sentido de la enfermedad, la organización social del mundo del que sufre y las estrategias utilizadas en la adaptación. Esta perspectiva “desde dentro” se centra directa y explícitamente en la experiencia subjetiva de vivir con uno o más padecimientos (Conrad,1987)

Otra perspectiva que examina la forma en la que los individuos construyen y manejan su enfermedad es la de Charmaz (1991), esta autora describe como una enfermedad crónica al aislar a las personas de las rutinas de la vida convencional –del trabajo y de las relaciones sociales y familiares- puede hacer perder la base sobre la que se basa el sentido de sí mismas.

Charmaz ha estudiado la pérdida de la identidad y el desarrollo de la autocompasión. Examina cuatro fuentes de pérdida del yo, que serían: el vivir una vida restringida; el aislamiento social; las definiciones desacreditantes y el convertirse en una carga. Ha trabajado el concepto de autocompasión como una manera determinada socialmente de experimentar subjetivamente una enfermedad.

Según esta autora, la naturaleza social de la autocompasión está dada por tres factores: el autoconcepto de la persona enferma, los patrones de toda la vida de autocuidado y obtención de estima de los demás; y el carácter de las relaciones sociales.

Según Charmaz, la experiencia de la autocompasión se desarrolla bajo varias condiciones socialmente estructuradas, que van desde el descubrimiento y la definición del padecimiento hasta la desacreditación social de la persona enferma. Se trata por tanto, de trascender la mera descripción del manejo que hacen los individuos de los padecimientos, puesto que, siguiendo a Conrad (1990), una auténtica sociología de la experiencia de la enfermedad crónica debe dirigirse a un nivel más elevado de abstracción, para contribuir a la comprensión de la experiencia de la enfermedad en general.

En este sentido Bury (1982) investiga la experiencia de la enfermedad centrándose en cómo las personas luchan para dar sentido a su enfermedad, dotándola de significado en el contexto de sus relaciones sociales, reconstruyendo su identidad, para recuperar el sentido de sí mismas, según este autor, cuando la enfermedad se convierte en una “interrupción biográfica”, los individuos se refunden en términos de evolución de la trama nuevos e inesperados y nos indica que puede identificarse tres formas de interrupción en el desarrollo de la enfermedad crónica: 1) La interrupción de los supuestos y comportamientos que se daban por sentados, 2) El replanteamiento de la biografía del individuo y la redefinición del concepto del yo, 3) La alteración de recursos personales cotidianos –red social de apoyo-.

Por tanto, las enfermedades crónicas pueden provocar una reevaluación de la identidad, y en algunos casos, la creación de una identidad nueva –como sobreviviente de una enfermedad determinada, por ejemplo-. Por tanto, se puede hablar de una eficacia simbólica en el sentido de que la primera defensa contra el dolor es el significado que se le da al mismo, un dolor es más soportable cuando se le otorga un significado que cuando carece de sentido.

Un sistema simbólico es, por tanto, un sistema de eficacia en cuanto que libera a la persona de su dolor desde el momento en el que se reúnen las condiciones favorables, en palabras de Le Breton “Si el dolor es una caja de resonancia de significaciones sociales y personales, la eficacia simbólica que la medicina llama placebo es una palanca terapéutica que opera en el centro del vínculo social.” (Le Breton, 1999). Esta eficacia se produce porque el dolor está arraigado al plano simbólico, o dicho de otro modo, a las interpretaciones o significados que tiene la enfermedad para la persona que la vive y a su vez, siguiendo a Gomes, Alves y Luiza (2002), estos significados asociados a la enfermedad son vividos o experimentados como una construcción social.

3.4. El conocimiento médico-sanitario como una construcción social

3.4.1. La construcción social del conocimiento médico

Eliot Freidson fue uno de los primeros sociólogos en explicar cómo se construye socialmente el conocimiento médico, su obra ocupa un lugar clave en la Sociología de las Profesiones, en concreto, su libro *Profession of Medicine* (1970) plantea nuevas cuestiones sobre las formas de organización y control profesional de los médicos, este autor plantea que el trabajo de la profesión médica es el diagnóstico y tratamiento de las personas que alegan estar enfermas, y que en el curso de lograr un monopolio sobre su trabajo, la medicina también ha obtenido una jurisdicción casi exclusiva para determinar qué es enfermedad y cómo deben actuar las personas para ser tratadas como enfermas, como la medicina tiene la autoridad para establecer si la queja de una persona es una enfermedad y la de otra no, la medicina está comprometida en la creación de la enfermedad como un estado social que un ser humano puede asumir (Freidson, 1970).

Para Freidson (1970) los médicos imponen cada vez más sus definiciones de enfermedad y salud que sirven de base para todas las cuestiones relativas a la medicina. Por lo tanto, acaban jugando un papel determinante de peritos en la determinación de políticas de salud. Su competencia no se limita a los medios técnicos para conseguir objetivos, sino a las decisiones relativas a los propios objetivos. El paso desde la competencia limitada en un dominio técnico al

peritaje general en un campo social constituye una característica del profesionalismo moderno, consecuencia directa de la autorregulación de la autonomía profesional.

Siguiendo a este autor, la medicina en virtud a ser la autoridad sobre lo que la enfermedad es realmente crea las posibilidades sociales para representar la enfermedad. En ese sentido, nos indica, que el monopolio de la medicina incluye el derecho para crear la enfermedad como un rol social oficial, aunque el profano puede tener su visión "no científica" de la enfermedad, divergente de la visión médica, en el mundo moderno es la visión médica sobre la enfermedad la que está sancionada oficialmente y se impone administrativamente sobre el profano, es parte de la profesión el que se le conceda poder oficial para definir lo qué es normal y quién está enfermo.

De todos modos, a la hora de definir lo que es enfermedad se puede hacer desde un punto de vista médico o desde un punto de vista sociológico. La diferencia está, en que desde el punto de vista médico se utiliza la noción de enfermedad como desviación biológica mientras que desde el punto de vista sociológico se utiliza la noción de enfermedad como desviación social, por lo tanto, en medicina se concibe la enfermedad para abarcar virus y moléculas y constituir una realidad física independiente del tiempo, del espacio y de la evaluación moral, mientras que el sociólogo trata de determinar qué consecuencias independientes del estado biológico del organismo tiene el designar algo como enfermedad (Freidson, 1970).

Por otro lado, Illich (1976) sostiene que la medicina produce daños superiores a sus beneficios, enmascara las condiciones políticas que minan la salud de la sociedad y expropia el poder del individuo para curarse a sí mismo y para modelar su ambiente. Illich niega todo progreso de la medicina y cualquier relación entre ésta y el aumento de la esperanza de vida porque, según él, las enfermedades que se van superando a lo largo de la historia (tuberculosis, viruela, difteria, etc.) lo hacen debido al cambio en las condiciones sociales de las comunidades, puesto que, el factor esencial para vencer una epidemia es el

ambiente, es decir, la alimentación, la vivienda, las condiciones de trabajo o el grado de cohesión vecinal.

Illich también sostiene que la excesiva medicalización de la sociedad fomenta las dolencias reforzando una sociedad enferma que además de preservar industrialmente a sus miembros defectuosos multiplica exponencialmente la demanda del papel de paciente.

Según Illich muchas enfermedades – el cáncer, la artrosis, la cirrosis avanzada o las asociadas a la vejez- no pueden ser curadas por la medicina, el que la medicina moderna haya adquirido gran eficacia para síntomas específicos no significa que haya llegado a ser beneficiosa para la salud del enfermo. La excesiva medicalización es un aspecto del monopolio curador de los médicos y un resultado de la superindustrialización, además, las sociedades quieren estar medicalizadas para poder estar enfermas y estar exentas de sus responsabilidades (Illich,1976).

Este autor también afirma que cada cultura crea sus propias enfermedades y que la cultura médica moderna niega la necesidad de que el hombre acepte el dolor, la enfermedad y la muerte y que la medicina está organizada para matar el dolor, eliminar la enfermedad y luchar contra la muerte, líneas de conducta para la vida social que no habían existido con anterioridad.

Para este autor, la medicina tiende a convertir el dolor en un problema técnico privándolo, de este modo, de su significado personal intrínseco, por lo que las personas desaprenden a aceptar el dolor como parte inevitable de su enfrentamiento consciente con la realidad y lo interpretan como un indicador de la necesidad de intervención por parte de la ciencia aplicada. Illich también critica la muerte medicalizada -hospitalizada y certificada por un médico-. Y la solución que este autor encuentra pasaría por la recuperación de la autonomía personal. Sostiene que la gente sana es aquella que está sostenida por una cultura que aumenta la aceptación consciente, de los límites, a la población, del envejecimiento, del restablecimiento incompleto y de la muerte siempre inminente.

3.4.2 La construcción de enfermedades en función de las necesidades de la industria farmacéutica

A raíz del trabajo de Illich (1976) surge el término medicalización para referirse al aumento de la demanda de servicios médicos y productos sanitarios debido a los cambios producidos en la definición y límites de algunas enfermedades, y posteriormente en los años noventa, Payer (1992) acuñó el concepto “disease mongering” –traducido como promoción o tráfico de enfermedades- para referirse al hecho de tratar de convencer a gente sana de que está enferma y a gente levemente enferma de que está muy enferma haciendo diluir los límites de la normalidad hasta situaciones extremas para transformarlas en enfermedades susceptibles de ser tratadas incrementando, de este modo, el mercado o negocio de medicamentos.

Siguiendo a Blech (2005) las empresas farmacéuticas y los grupos de interés médicos inventan las dolencias convirtiendo los procesos normales de la existencia humana en problemas médicos puesto que, según este autor, la enfermedad se ha convertido en un producto industrial. Siguiendo a Ruiz-Cantero y Cambroner-Saiz (2011) hay cinco estrategias conocidas de invención de enfermedades y enfermos, de las que también hablara Moynihan (2002) como variantes del comercio con enfermedades, y que serían: 1) Redefinir y aumentar la prevalencia de las enfermedades mostrando síntomas y problemas poco frecuentes como epidemias ; 2) Promocionar el tratamiento de problemas de leve o mediana gravedad como indicios de enfermedades más graves; 3) Transformar los riesgos en enfermedades; 4) Aumentar la preocupación sobre futuras enfermedades en poblaciones sanas; y 5) Convertir los problemas personales y sociales en trastornos de salud diagnosticables y con necesidad de tratamiento.

En este sentido, siguiendo a Nardone (2009), crear una patología de una dificultad –como, por ejemplo, la de mantenerse delgadas y en forma por parte de personas sanas- produce un efecto socialmente peligroso al difundir la idea de que dicha dificultad está originada por una enfermedad y no por una incapacidad personal, despojando, de este modo, al individuo de la

responsabilidad de afrontar el problema para delegarlo en la clase médica. Este autor considera que, aunque esto puede ser útil para la economía de la medicina y el mundillo de las distintas terapias alternativas, realmente no es un beneficio para la sociedad y sus individuos, que se sienten, según Nardone, como marionetas colgadas de los hilos de una realidad patologizada y medicalizada.

Esta tendencia impera, siguiendo de nuevo a Blech (2005), debido fundamentalmente a tres razones: 1) Las leyes del mercado; 2) A que la medicina desde hace décadas no ha conseguido ningún éxito; 3) A que en las sociedades occidentales se considera un derecho fundamental recibir la mejor asistencia médica posible. La segunda razón merece algún comentario más, puesto que según este autor, cuando las terapias contra el cáncer fracasan, no se consigue vencer epidemias como el sida, cuando las patentes lucrativas caducan y los esfuerzos invertidos en investigación no tienen ningún éxito, los médicos y los investigadores se abalanzan sobre las personas sanas.

La crítica que hace Blech a este hecho se centra en que lo que a unos les proporciona beneficios económicos a otros les roba, lo que considera el autor su posesión más preciada, la salud. La forma que toma la promoción de las ventas farmacéuticas es a menudo las “disease awareness” –traducido como campañas de concienciación sobre enfermedades-. El hecho de que en la Unión Europea esté prohibido que las empresas farmacéuticas promocionen directamente medicamentos de prescripción médica obligatoria, ha ocasionado a las empresas farmacéuticas la necesidad de crear estas campañas de concienciación, que tienen como objetivo concienciar a la población de la existencia de determinadas enfermedades con la intención oculta de vender los medicamentos (Blech, 2005).

Ross (2001) hace referencia al hecho de que el paciente informado se convierte en el punto central de las estrategias de mercado de la gran industria farmacéutica y que por esa razón desde el año 2001 se vio surgir un número creciente de empresas farmacéuticas dedicadas a iniciativas de educación del público.

Las empresas farmacéuticas para intentar despertar la necesidad de un tratamiento médico a los clientes potenciales utilizan, además, otras estrategias como las de crear asociaciones de personas afectadas para dar a conocer las enfermedades a toda la población o contratar a personas conocidas (estrellas de Hollywood, por ejemplo) para hablar sobre sus dolencias en los medios de comunicación. Estos últimos junto con internet se han convertido en una herramienta fundamental para la industria farmacéutica (Blech, 2005)

Por otro lado, la industria farmacéutica también busca influir sobre la vida diaria de los médicos y lo hace, utilizando mecanismos sutiles, creando una interdependencia entre el comercio y la ciencia médica. La investigación incorruptible es únicamente un espejismo ya que la interdependencia se manifiesta tanto en el hecho de que los médicos asesoran a los fabricantes de medicamentos y prueban sus sustancias en estudios clínicos, como en el hecho de que las empresas farmacéuticas buscan reclutar médicos dispuestos a aparecer públicamente apoyando a la empresa, de este modo, controlan a los creadores de opinión, de hecho este reclutamiento recibe el nombre de “Opinion Leader Management” – traducido como control de creadores de opinión- (Blech, 2005).

Otro arma que utilizan los comerciantes de enfermedades, según Blech, son los estudios publicados en las revistas médicas que parecen acreditar los efectos beneficiosos de sus medicamentos, pero estos artículos especializados aparentemente objetivos, en muchos casos, se hallan sujetos al influjo de la industria farmacéutica, debido a que en estos momentos los médicos dependen más que nunca de los fondos de la industria y de sus patrocinadores para poder proseguir sus investigaciones.

Por tanto, siguiendo a Sánchez (2010), la industria farmacéutica con el principio fundamental de producir medicamentos para personas sanas intenta expandir los límites de las enfermedades, ampliando los parámetros del riesgo, publicitándolas, e incluso, rebautizando afecciones comunes con nombres sonoros, algo que produce, siguiendo a Fernández, Marquet, Reguant y Zapater (2005), una angustia desmedida ante síntomas banales –como la

calvicie, la sudoración, o la timidez- y mayores demandas y respuestas del sistema sanitario, puesto que la población enfoca el proceso de atención sanitaria como la búsqueda de soluciones inmediatas frente a síntomas banales.

Aunque el objetivo principal de la industria farmacéutica es la población en su conjunto, a la “promoción de enfermedades femeninas” dirige su atención y buena parte de sus recursos (Urraza, 2007), por dos motivos, que nos indica esta autora, y que serían: 1) La medicina y ahora la industria farmacéutica convierte todo lo relacionado con el cuerpo y la vida de las mujeres en algo patológico 2) Las mujeres han alcanzado un estado de igualdad –laboral y social- que ha traído aparejado un aumento en su poder adquisitivo, algo primordial para la industria farmacéutica.

3.5. La construcción social de la enfermedad desde la perspectiva de género

A mediados de los años ochenta la categoría género, definida por Scott (1986) como elemento constitutivo de las relaciones sociales y campo primario donde se articula el poder, fue aplicada para estudiar lo que esta autora denomina el aparato simbólico y los conceptos normativos mediante los cuales la medicina crea, defiende y legitima como dicotómicas las categorías varón y mujer.

Desde esta perspectiva de investigación se expone que los conocimientos médicos no son indiferentes a los valores y que reflejan y reproducen las formas de desigualdad social existentes. Según este enfoque, la desigualdad de género es naturalizada por un discurso médico que inscribe en los cuerpos y mentes de las mujeres el significado de género, es decir, legitima la elaboración cultural de las diferencias biológicas determinadas por el sexo.

En este sentido, Martín (1987) analiza el sesgo masculino existente en los textos de medicina en relación a la manera de abordar el tema de la reproducción humana y concluye que estos textos están llenos de metáforas ideológicas que perpetúan una manera masculina de mirar el mundo, el cuerpo humano y el proceso de reproducción, puesto que no existen, indica esta

autora, términos neutrales en los textos científicos y en el discurso médico científico contemporáneo subyace una valoración diferencial hecha desde una perspectiva patriarcal.

Otras investigaciones están centradas en la práctica médica, es el caso de la realizada por Todd (1989), para analizar la interacción que se produce entre médicos y mujeres que acuden a la consulta de ginecología, esta autora observa que en esta interacción se pone de manifiesto una epistemología que asocia los conceptos de naturaleza, cuerpo, subjetividad, dominio privado, sentimientos, emociones y reproducción bajo la identidad genérica femenina mientras que los conceptos de cultura, mente, objetividad, dominio público, pensamiento y producción se asocian bajo la identidad genérica masculina, realizando, de este modo, una división entre el sujeto que conoce –científico, mente, masculino- y el objeto que es conocido –naturaleza, cuerpo, femenino- y distinguiendo el mundo natural que queda confinado a las ciencias biológicas-médicas y el social que queda confinado a las ciencias políticas-sociales.

Siguiendo a esta autora, la reproducción humana es catalogada como un evento biológico por lo que se excluye de su tratamiento los aspectos sociales, razón por la cual los médicos se centran únicamente en los aspectos biológicos desechando los aspectos sociales.

En esta línea de análisis, centrada en la práctica médica, se encuentran también las investigaciones realizadas por Fisher & Groce (1985) sobre la forma en que los estereotipos existentes en torno a la condición de la mujer emergen en el contexto de una entrevista médica, las autoras muestran que el grado de adecuación de las pacientes a los supuestos culturales que maneja el médico se relaciona directamente con la calidad de la atención que reciben.

Otras investigaciones están centradas en las profesiones de la salud, siguiendo a Hearn (1982), la profesionalidad de la medicina ha supuesto el monopolio masculino de ésta, por lo que cuando se habla de médicos se asume que son doctores hombres y cuando ese supuesto no se cumple es necesario especificar que se habla de mujeres, se trata del concepto de “otredad” que

hace referencia a lo diferente desde el punto de vista normalmente asumido, este concepto también sirve para explicar el hecho de que, tal y como nos indica Crompton (1987), las ocupaciones dominadas por mujeres hayan sido definidas como ocupaciones diferentes de la profesión médica o hayan sido descalificadas, puesto que se trata de “otras” diferentes a la médica que se utiliza como referencia para definir a las demás y que se asume masculina.

Por tanto, los estudios llevados a cabo hasta la década de los noventa pusieron de manifiesto, por un lado, el papel de la ciencia médica como legitimadora de diversas formas de discriminación de género y, por otro, evidenciaron el carácter sexista de las prácticas médicas. Durante las décadas posteriores se consolidaron las líneas de investigación centradas en la medicina, las mujeres y la salud, y se abrió la investigación de la enfermedad desde una perspectiva de género a nuevos campos como el cáncer, la anorexia, los trastornos de la imagen corporal, los efectos de la terapia hormonal o las enfermedades de transmisión sexual.

Dentro de los estudios sobre la anorexia y los trastornos de la imagen desde una perspectiva de género se encuadran los realizados por Bordo (1993) que argumenta que el miedo a la gordura de la mujer es en realidad un miedo al poder de las mujeres. La preocupación por la gordura y la dieta no sólo responde a la norma sino que funciona, nos dice la autora, utilizando conceptos de Foucault, como una poderosa estrategia de normalización, que busca la producción de cuerpos dóciles, capaces de auto-control y de autodisciplina, dispuestos a transformarse y a mejorarse al servicio de las normas sociales y fundamentalmente de las relaciones de dominio y subordinación imperantes.

Los trastornos como la anorexia nerviosa o la bulimia no se pueden definir solamente a partir de un punto de vista médico o psicológico sino que deben ser considerados dentro de un contexto cultural. Se trataría, de “cristalizaciones complejas de la cultura”, puesto que a través de dichos trastornos femeninos está aparentemente en juego la resistencia a las construcciones sociales dominantes, sin embargo, una resistencia tal revela los efectos devastadores de la cultura en el cuerpo de la mujer contemporánea (Bordo, 1993).

Una explicación similar sobre el origen de los trastornos alimentarios nos la ofrece Wolf (1991) que afirma que una fijación cultural en la delgadez femenina no es una obsesión por la belleza femenina sino una obsesión acerca de la obediencia femenina.

Por otro lado, el trabajo de Hartigan: “Enfermedades transmisibles, género y equidad en la salud” es un ejemplo de la investigación de las enfermedades de transmisión sexual desde una perspectiva de género. Hartigan (2001) sostiene que el género es un concepto comparativo que no se refiere a hombres o a mujeres sino a las relaciones entre ellos y a la construcción social de dichas relaciones.

El género se estructura institucionalmente, al referirse a un conjunto complejo de normas y valores que permean los sistemas de organización, dentro de los cuales se encuentra la salud, y no sólo a las relaciones personales entre los individuos. Las características construidas por la sociedad que se atribuyen a uno u otro sexo en el ámbito individual o a nivel social -en las esferas de actividad masculina y femenina- implican la falta de igualdad y de equidad entre los géneros y perpetúan estereotipos de género que pueden mejorar o empeorar la salud y el desarrollo de hombres y mujeres, como individuos o como subgrupos de población (Hartigan, 2001).

En lo que concierne a las mujeres, el hecho de que su papel social sea menos valorado tiene un impacto negativo en su autoestima y en la imagen que transmiten a sus propios hijos e hijas sobre lo que “valen” unos y otras, por lo que, ellas mismas pueden considerar egoístas las conductas tendientes a preservar y mantener su propia salud, o pensar que su importancia depende solo del servicio que puedan prestar a los otros miembros de la familia. Del mismo modo, los hombres pueden despreciar su propia salud por razones de género, inclinándose al estereotipo masculino de proveedor y trabajador, la espina dorsal de la familia (Hartigan, 2001).

La estructura de género al estar institucionalizada ejerce una gran influencia en la forma en la que los proveedores de atención de salud valoran las necesidades de sus clientes, hombres o mujeres, y en la manera en que prestan asesoramiento a unos y a otras. En el campo de la educación para la salud, al igual que en las intervenciones de prevención y promoción, los mensajes tienden a reforzar los estereotipos de género, y muchos de estos estereotipos operan en contra de una conducta saludable. Esto sucede, porque los científicos y los proveedores de atención de salud, independientemente de su sexo, actúan según la influencia dominante que los rodea a lo largo de su desarrollo como personas y profesionales de la medicina científica moderna, y ésta se basa en una visión mecanicista del cuerpo humano, hasta hace poco exclusivamente masculina (Hartigan, 2001).

Por lo que se hace necesario introducir el género en el análisis de la salud para lograr la equidad, puesto que el análisis de la salud desde la perspectiva de género proporciona los conceptos y métodos que permiten identificar y tratar las necesidades diferentes que tienen los distintos grupos, algo que a su vez es requisito indispensable para diseñar intervenciones sensibles al género aplicables a la investigación, prevención y control de las enfermedades, que eviten la creación o conservación de los estereotipos de género, dañinos para la salud física y mental.

Hartigan ilustra tres de estos estereotipos: el primero se refiere a la provisión de igual tratamiento para hombres y mujeres, cuando las necesidades de unos y otras pueden no ser las mismas – es el caso de los fármacos cuyas indicaciones están extraídas de ensayos clínicos en los que solo participaron hombres- El segundo consiste en la provisión de tratamientos diferentes a hombres y mujeres cuando sus necesidades pueden no ser distintas.- es el caso de la omisión de un tratamiento determinado en mujeres embarazadas y lactantes, aunque los estudios de confirmación no revelen efecto indeseable alguno- El tercero se produce cuando los programas de prevención y control de las enfermedades se centran exclusivamente en las madres, haciéndolas responsables únicas de transmitir las estrategias básicas para la salud de sus hijos, reforzando, de este modo, el estereotipo de que las mujeres “no

trabajan”, “tienen más tiempo”, y de que su único atractivo radica en que son los vehículos para acceder a los otros miembros de la familia.

Por tanto, tal y como ponen de manifiesto las investigaciones realizadas desde una perspectiva de género, la construcción de género ejerce influencia sobre la salud mediante dos mecanismos fundamentales: 1) La socialización y 2) El control institucional. Por lo que el estudio que se hace desde este enfoque, poniendo el énfasis en la interpretación social de la diferencia biológica entre hombres y mujeres se hace necesario, para conseguir la equidad (Hartigan, 2001).

4.- EL CUERPO COMO OBJETO DE CONSUMO

4.1. El cuerpo como objeto de consumo. Antecedentes teóricos

Una de las primeras aproximaciones sociológicas al cuerpo como objeto de consumo la encontraríamos, siguiendo a Sossa (2010), en el pensamiento de Marx. Según este autor, aunque en los planteamientos de Marx no hay una mirada clara al cuerpo, sin embargo, su análisis socio-económico se centra en entender cómo los individuos vivían e interactuaban inmersos en una determinada forma económica: el capitalismo.

Los planteamientos de Marx nos ayudan a reflexionar sobre como el cuerpo es el lugar donde se dan gran parte de las relaciones, la socialización que genera consecuencias tanto en el yo como en el mundo, y de esta manera entender que es una categoría moldeada por la interacción social. Dentro del razonamiento de Marx el abordaje del cuerpo no es una prioridad pero está implícitamente latente, puesto que emerge a la hora de exponer conceptos como el de alienación económica -que se da porque en el proceso de trabajo no se toma en cuenta ni a los individuos ni a un interés de conjunto, ya que lo que le interesa al modo de producción capitalista es guiarse por las leyes de elaboración de mercancías- (Sossa, 2010).

Las reprobaciones de Marx hacia el mundo económicamente capitalista advienen, principalmente, por dos ejes que se complementan: 1) Porque el hombre en el proceso del trabajo no esclavice y aliene su cuerpo (y su espíritu) puesto que es una actividad, que por el contrario, debería liberarlo; 2) Porque el hombre, su corporalidad, no se convierta en una mera cosa que el capitalista pueda comprar y disponer a su antojo (Sossa, 2010).

Turner (1994) ha trabajado la relación del cuerpo y el capitalismo, desde el punto de vista sociológico, y entiende que el énfasis puesto en el cuerpo – la importancia que tiene en los movimientos políticos y también en la teorización cultural y social- responde al reflejo del individualismo consumista acuñado por el capitalismo tardío, que ha tendido a localizar en una nueva entidad socialmente sagrada -el cuerpo- un conjunto de construcciones culturales,

como la identidad, y de fenómenos sociales, como las relaciones de producción. El exceso de la producción de la comodidad en el tardo capitalismo ha puesto un énfasis sin precedentes en la maleabilidad que tiene la identidad personal para ser construida y un énfasis fundamental en la habilidad que tienen las personas para producirse a sí mismas como identidades sociales, triunfando de este modo el individualismo, los consumidores, y los espacios personales creados para los consumidores -en los cuales individualmente pueden construir sus propias identidades-. Se trata de las nuevas políticas de la identidad y una proyección colectiva en serie para adoptar preocupaciones individuales sobre el propio cuerpo (Turner, 1994).

Las nuevas políticas de empoderamiento social y la emancipación que supuestamente retan a las políticas tradicionales patriarcales, rígidas en cuanto a la libertad personal, se apropian de nuestro cuerpo -incluyendo su sexualidad, la capacidad reproductiva y la salud- produciendo identidad: las personas sociales, o diseñando, en la nueva fase persuasiva, los estilos de vida que uno parece elegir (Turner, 1994).

Para todo ello, es fundamental la apariencia, la infraestructura material, la producción de personalidad y la identidad social. En este proceso se tendería a ignorar las raíces sociales del cuerpo para seguir pensando en el cuerpo como algo individual y transcendente. Las “nuevas relaciones sociales” sobre las que se superponen las relaciones corporales de producción individual y de consumo estarían constituidas por una serie de características que definen la modernidad, como son la pérdida progresiva de la familia, la comunidad, la desterritorialización, el mundo globalizado y el predominio de una cultura económica basada en el consumo (Turner, 1994).

Y de este modo, el capitalismo tardío centraría en el cuerpo las condiciones necesarias para aunar sin muchas contradicciones el cuerpo-mercancía y el cuerpo-consumidor. De esta manera, el cuerpo sería la arena del conflicto social y de los controles represivos, pero también de aspectos que aparecen como liberadores en la cultura contemporánea y en la vida social (Turner, 1994).

Puesto que, el consumo resulta liberador al proporcionarnos algo para reemplazar a los dioses desaparecidos cuando ni la religión, ni las ideologías, ni la política, ni los viejos lazos de comunidad pueden ofrecer una base de identificación ni un fundamento suficiente a los valores, resultando liberador al reemplazar la trascendencia perdida. (Sarlo, 1994)

Con anterioridad, en concreto desde los años setenta, Lipovetsky en sus principales obras, en particular en “La era del vacío” (1985), reflexiona acerca de las transformaciones de las sociedades individualistas contemporáneas y analiza cómo las sociedades están entrando en un nuevo estadio en el que predomina un individualismo exacerbado -que Lipovetsky denomina Narcisismo y Hedonismo- como el valor por excelencia de nuestro tiempo.

El individuo postmoderno que surge en el contexto de “la muerte del optimismo tecnológico y científico”, de la devastación del medio ambiente, de la desilusión frente a las utopías políticas, sin ídolos y sin tabúes, sin una imagen sugestiva de sí mismo, es un sujeto desencantado al que le caracteriza la indiferencia, que lo hace apático a cualquier ideología. El individuo posmoderno ha abandonado todo interés por los asuntos sociales y/o nacionales, centrándose en sus preocupaciones personales, todo lo social le parece banal, por lo que en este sujeto hay una exacerbación de la sensibilidad psi (ego puro) que se expresa en el gran entusiasmo existente por el conocimiento y la “realización personal” (Lipovetsky, 1985)

La sensibilidad política deja paso a una sensibilidad terapéutica, con una psicologización de la sociedad, de lo político y de la escena pública en general. En este neonarcisismo el Yo es el centro de la atención pero al mismo tiempo se ha producido un vaciamiento del Yo, el surgimiento de una “nueva ética hedonista y permisiva”, y una inversión narcisista del individuo en el cuerpo, que se define no tanto por la explosión libre de las emociones, como por el encierro sobre sí mismo. El Narcisismo es un nuevo modo de control y estandarización social y el amaestramiento social, ya no se realiza ni por imposición disciplinaria ni por sublimación, sino que, se efectuaría ahora por autoseducción, se trataría de un control flexible y autogestionado que

socializaría desocializando, poniendo de acuerdo a los individuos con un sistema social pulverizado, mientras glorifica el reino de la expansión del ego puro (Lipovetsky, 1985).

Nos encontraríamos, entonces, a un individuo contemporáneo cuyo cuerpo se ha desacralizado y desidealizado adquiriendo un nuevo valor en el imperativo social: se ha convertido en un objeto sometido a las nuevas leyes del mercado. En la sociedad de consumo actual el individuo contemporáneo deviene mercancía, y como tal, está en condiciones de ser vendido, explotado, manipulado, derrochado, remodelado o refaccionado, de acuerdo a las pautas que regulan los deseos y los dictados de la cultura. El sujeto contemporáneo ha exiliado su instinto para quedar en manos de un deseo que lo conduce, lo orienta y lo organiza, pero ese deseo carece de autonomía al estar, de alguna manera, impulsado y condicionado por la lógica del mercado, que impone sus propios parámetros y criterios de valor (Cocimano, 2004).

El cuerpo se considera un material que puede corregirse o transformarse a voluntad, como un objeto totalmente a disposición del sujeto, y las cirugías estéticas, las fecundaciones in vitro o el consumo de psicotrópicos son ejemplos que proponen gestionar los problemas existenciales de la relación individualista con el cuerpo, puesto que a medida que se afirma el principio de soberanía personal sobre el cuerpo, el individuo confía su suerte a la acción de sustancias químicas que modifican sus estados psicológicos desde el exterior, sin análisis ni trabajo subjetivo, ya que sólo cuentan la eliminación inmediata de los desajustes –fatiga, insomnio, ansiedad- con la mayor eficacia posible y el deseo de producir estados afectivos “por encargo” (Lipovetsky, 2006).

El mercado y el consumo convierten el cuerpo en una mercancía que promete el triunfo en ciertos ámbitos de la sociedad globalizada. En la era global el cuerpo es una mercancía, un objeto de trato o venta, de consumo, y debido a esa relación objetual se considera al cuerpo un material manipulable –mediante cirugía estética financiable mediante préstamos, como si fuera un aparato u otro producto de alto costo -en función de las demandas sociales, tanto laborales como emocionales- (Pérez-Henao, 2011).

Las condiciones del mercado y la economía globalizada han hecho que la distancia entre el cliente y la mercancía se reduzca a cero una vez que el objeto consumible se encuentra en las mismas entrañas del individuo, además de elevar el cuerpo a la categoría de marca. El cuerpo marca es de carácter global: el cuerpo de la globalización circula en los medios de comunicación masiva como una mercancía transnacional, se impone independientemente de particularidades culturales y de fenotipos, se trata de un cuerpo marca Hollywood -los cambios de imagen y los procesos de mejoramiento están encaminados a tener el cuerpo de los famosos- pero no sólo de eso, se intenta vencer a la muerte social y física y demostrar la disposición inmediata para el cambio, la flexibilidad y la adaptabilidad a la era global (Pérez-Henao, 2011).

4.2. El cuerpo, la lógica del mercado y el gusto de clase

La lógica de mercado en relación al cuerpo es la de la “deuda perpetua” en la que los sujetos, convertidos en consumidores, no alcanzan el cuerpo ideal, permitiendo un abastecimiento eterno del mercado a partir del consumo de bienes y servicios. Los cuerpos ideales están diseñados a partir de imágenes y discursos difundidos por los medios de comunicación que operan como modelos que condicionan a los sujetos que buscan apropiarse de ese cuerpo (Basualdo y Benítez, 2011).

Este interés comunicativo por crear ficciones de la corporeidad sigue una lógica de mercado que altera la experiencia que el individuo posee de su propia corporeidad, algo que fomenta el miedo, la incertidumbre y la angustia como reacciones emocionales que inducen a la práctica de un comportamiento consumista en busca de un ideal corpóreo. La mercantilización de la experiencia humana cataloga, representa y desvela las cualidades de nuestra identidad personal como unidades u objetos que pueden ser comprados y vendidos, estando de esta forma sometidos a cierta clase de fuerza económica que los aprisiona y manipula para alcanzar un beneficio o lograr introducir una pauta de acción interesada -como la de provocar la decisión de invertir en la transformación de nuestro cuerpo- (Guerrero, 2004)

El cuerpo del sujeto contemporáneo convertido en mercancía, sometido a las propias leyes del mercado, está en condiciones de ser manipulado y remodelado de acuerdo a las pautas y dictados de la cultura (Cocimano, 2004). El lugar, en sí mismo, que ocupa el cuerpo es un hecho de cultura, en cualquier cultura el modo de organización de la relación con el cuerpo refleja el modo de organización de la relación con las cosas y el modo de organización de las relaciones sociales.

En la sociedad capitalista el estatuto general de la propiedad privada se aplica igualmente al cuerpo, a la práctica social y a la representación mental que se tiene de ellos, y las estructuras actuales de la producción/consumo inducen al sujeto a realizar una práctica doble: 1) que no niegue u omita el cuerpo sino que lo invista psicológicamente; 2) que invierta económicamente en él. Esta práctica está vinculada con una representación desunida, pero profundamente solidaria, de su propio cuerpo: la del cuerpo como capital y la del cuerpo como fetiche u objeto de consumo (Baudrillard, 1974).

Como las sociedades capitalistas necesitan de consumidores ávidos, buscan instalar el consumo como una necesidad interior, puesto que, cuando el consumo es el eje central de un proyecto existencial éste se instala como “sentido de vida” constituyendo una hipertrofia del consumo que significa su transformación en un motivo esencial cuya privación haría desmoronar el proyecto vital. Para conseguir instalar el consumo como una necesidad interior se utiliza el hedonismo como circuito motivador (Moulian, 1998).

El hedonismo se ha ido instalando progresivamente como actitud vital: la libertad, el disfrutar, el sentir más y hacerlo más rápido, se han consolidado como valores del siglo XXI, y hay un deseo muy fuerte del placer y del presente, y un fuerte deseo de vivirlo con el cuerpo, con lo tangible, con lo material. En este contexto el culto o cultivo del cuerpo ha sustituido al cultivo del espíritu, algo que conduce al relativismo, puesto que importa más la imagen que aquello que la imagen representa (Fanjul, 2010).

El culto al cuerpo representa una de las máximas expresiones del materialismo de nuestros días. Este culto por la estética corporal y facial ha situado en primer plano la divinización del cuerpo y la exaltación de un tipo concreto de belleza, que hoy se impone con fuerza. Estamos en la era de la imagen, y ésta es apariencia, externidad, fachada, porte, el modo como alguien aparece ante los demás. En esta veneración al cuerpo se hospedan, entre otros: el mito de la eterna juventud y el juego de las apariencias, en un contexto en el que los medios de comunicación exaltan el aspecto exterior. El cuerpo hoy se ha convertido en una pieza de reclamo decisiva. Pero el cuerpo no es la persona es su forma, es la portada exterior de lo que representamos, pero no su contenido. Y la belleza es una conjunción, entre lo exterior y lo interior, la armonía y proporción entre lo de fuera y lo de dentro (Rojas, 2007).

Se está orientando al hombre y a la mujer hacia algo fundamentalmente externo: una figuración de la perfección y de la belleza (Fanjul, 2010), en la que el cuerpo ideal, es artificialmente natural: aquel en el que se invierte, de ahí la necesidad de purificar, aseptizar, estirar, decorar, o dicho con otras palabras, de “culturizar” el organismo en estado bruto. Se trataría de transformar el cuerpo siguiendo los juicios estéticos que dicta la cultura, y que se construyen a través de los hábitos y las experiencias sociales, en cada momento histórico concreto. En la posmodernidad el canon estético, lejos de promover la antigua armonía estética, se caracteriza por la artificialidad e irrealidad del prototipo de belleza, así como por la promoción de la juventud (Cocimano, 2004).

Las partes del cuerpo son alteradas de forma excesiva e ilógica, para esto el mercado ofrece todo tipo de objetos que alteran el propio cuerpo: sustancias sintéticas, prótesis, soportes artificiales, todo mediante intervenciones que lo modifican según los avatares de la ingeniería corporal o de un design de mercado cuyas pautas cambian década tras década (Sarlo, 1994).

Los cuidados de belleza –uso de cosméticos, tocados, aderezos- que han tenido en épocas pasadas un carácter habitual y placentero han derivado en prácticas más radicales –dietas, cirugías estéticas- que modifican la anatomía, pasando así de unas prácticas de belleza, en principio triviales y productoras

de bienestar, a una situación de malestar en la que prevalece el rechazo del propio cuerpo, tal y como nos es genéticamente dado, a favor del deseo de alcanzar un cuerpo delineado según los modelos vigentes (Correa, 2000).

Estas prácticas más radicales de belleza están insertas en un mercado que Guerrero (2004) denomina mercado de las ilusiones, y cuyo lema es “si tú quieres, es posible”, algo que ha conducido hacia un comportamiento exhibicionista, donde lo que tenemos o poseemos es consecuencia de un consumismo descontrolado impulsado por la necesidad urgente de ser como los otros, al mismo tiempo que nos debatimos por enarbolar con orgullo las “diferencias” que nos convierten en seres pertenecientes a una clase privilegiada y distinguida.

Baudrillard (1974) ya consideraba la lógica social de consumo como una lógica de consumos de signos en la que el objeto entra a formar parte de un complejo código cuyo objetivo es mantener intocables las diferencias sociales. Siguiendo a Baudrillard, cuando el sujeto consume no está satisfaciendo una necesidad, sino, usando signos o, más que esto, siendo usado por ellos: atrapado en un lenguaje o en un código cuyo funcionamiento desconoce puesto que el consumidor vive sus conductas distintivas como libertad, como aspiración, como elección y no como imposiciones de diferenciación ni como obediencia a un código. Cree adquirir libremente los objetos que necesita y, en el fondo, lo que hace es perpetuar un código totalitario productor de diferencias sociales.

En la panoplia del consumo el objeto más bello, máspreciado, más brillante, más cargado de connotaciones es el cuerpo. El cuerpo, la belleza y el erotismo, hacen vender, y esta no es la menor de las razones que, en última instancia, orientan todo el proceso histórico de «liberación del cuerpo». Los cuerpos deben ser «liberados, emancipados», para poder ser explotados racionalmente con fines productivos, es necesario que el individuo pueda redescubrir su cuerpo e investirlo narcisistamente para que la fuerza del deseo pueda transformarse en demanda de objetos/signos manipulables racionalmente. Es necesario que el individuo se tome a sí mismo como objeto, como el más bello de los objetos, como el más precioso material de intercambio, para que pueda

instituirse, en el nivel del cuerpo deconstruido, un proceso económico de rentabilidad. El culto al cuerpo es testimonio de que el cuerpo ha sustituido literalmente al alma en su función moral e ideológica y ha llegado a ser *objeto de salvación* –una propaganda incesante nos recuerda que tenemos un solo cuerpo y hay que salvarlo-. El cuerpo en las estructuras actuales de producción es representado (de forma desunida pero profundamente solidaria) como capital y fetiche para que el sujeto, deliberadamente, lo invista psicológicamente e invierta económicamente en él (Baudrillard, 1974)

Para Bourdieu (1988) el consumo tiene también una dimensión simbólica y un papel en la construcción y reproducción de las jerarquías sociales, puesto que el gusto se objetiva en las formas de consumo, y en las sociedades occidentales contemporáneas el gusto es una dimensión clave sobre la que los individuos reclaman y legitiman su posición en el espectro social, ya que actúa como señal visible de nuestra posición en el espacio social.

Bourdieu identifica las diferencias en los gustos como un ejemplo de “habitus” -que es definido como estructura estructurante y estructurada a partir de las que se producen los pensamientos, las percepciones y las prácticas del agente y que a la vez ha sido conformada a lo largo de la historia de cada agente, por lo que suponen la incorporación de la estructura social y del campo concreto de relaciones sociales en el que el agente social se ha conformado como tal- El gusto corporal es revelador del habitus y contribuye hacer el gusto de clase.

Bourdieu afirma que el cuerpo es la más irrecusable objetivación del gusto de clase, las clasificaciones del status social dependen de forma significativa del modo en que el cuerpo se presenta en el espacio social, estructurado en tres componentes básicos de la clase social: “el capital económico”, “el capital cultural” y el “capital social”.

Bourdieu considera el cuerpo como una forma de capital físico que sería una forma de capital cultural cuya posesión permite ejercer un poder real o simbólico. El capital físico, lo mismo que otras formas de capital cultural puede hasta cierto punto adquirirse a lo largo de la vida, pero, pocas cosas son tan

visiblemente solidarias como el cuerpo de la relación que se mantiene con el mundo, puesto que éste expresa inevitablemente sus condiciones materiales y culturales de existencia. Se dibuja así un espacio de cuerpos de clase que, dejando a un lado los azares biológicos, tiende a reproducir en su lógica específica la estructura del espacio social.

Es decir, según Bourdieu, las taxonomías aplicadas al cuerpo percibido (grueso/delgado, fuerte/débil, grande/ pequeño, etc.) son, como siempre, simultáneamente arbitrarias (pudiendo estar asociada la idea de la belleza femenina, en contextos económicos y sociales diferentes, con la gordura o con la delgadez) y necesarias, esto es, fundadas en la razón específica de un orden social determinado.

Siguiendo a Guerrero (2004) la “perfección” y la “imperfección” son arbitrios de la historia y de la sociedad, variaciones inestables de los gustos que unos pocos cultivan por la fuerza de la repetición o diseminan siguiendo un interés utilitario hasta alcanzar el valor de norma. Las excepciones a las normas que sean asimiladas por la colectividad serán repudiadas en un contexto en el que la corporeidad se representa como esencia del atractivo físico y éste como fuente exclusiva de valoración personal, y si nuestro cuerpo se aleja del canon de belleza seremos portadores del estigma de la deformidad o la anomalía. Pero la perfección como tal es un ideal, una quimera, no existe y si lo hace es como una figuración de una ideología consumista que pretende imponer determinados hábitos a fin de adecuar su contingente o capital de inversión y su rentabilidad.

4.3. La construcción social del cuerpo bello y saludable

En cualquier sociedad y época histórica el cuerpo de las personas aparece sujeto por un conjunto de prácticas, saberes y normas que le dan forma y recrean unas determinadas creencias y valores. Los procesos y técnicas de moldeamiento y formación corporal constituyen una parte muy importante del conjunto de dispositivos que toda sociedad instituye para dotar a los individuos que la integran de la identidad que considera apropiada. En la época postmoderna, que coincide con el capitalismo tardío y que se plasma en la sociedad de consumo, prima la cultura hedonista -generada por el consumismo compulsivo, la falta de referencias históricas y la primacía de valores estéticos frente a los éticos-, que orienta al individuo hacia el placer generalizado y el cuerpo, puesto que, las sociedades postmodernas lo han colocado como el elemento constitutivo más importante de la identidad del individuo (Barbero, 1998).

En este sentido, Shilling (1993) percibe que en estas sociedades la sensibilidad subjetiva está centrada sobre el cuerpo como una representación del *Self*, de tal forma que el cuerpo es un espejo del alma, por lo que predomina la idea del “cuerpo como proyecto de la personalidad” mediante el cual los individuos expresan sus propias necesidades a través de la construcción de sus propios cuerpos, algo que ha hecho posible la tecnología médica y la cultura de consumo –cirugía estética, mantenimiento físico, dietas- que permite el modelaje y la reconstrucción del cuerpo humano de acuerdo con criterios personales -que se conforman en función de los significados socio-culturales que se le conceden a cierta forma corporal prestigiosa que conforma el modelo hegemónico- y que implica considerar el cuerpo como algo modelable según los deseos y necesidades personales, algo que a su vez implica un profundo proceso de secularización.

Shilling relaciona la importancia que se le otorga al cuerpo a la desacralización social que disminuyó el poder de las autoridades religiosas en la regularización de los aspectos relacionados con el cuerpo e hizo que las creencias religiosas fueran sustituidas, en gran medida, por creencias científicas. En las sociedades postindustriales occidentales las normas culturales están influenciadas por fenómenos como la estética, la medicina o la publicidad, que coexisten juntos aunque parezcan estar distanciados, y que promueven el consumismo y la búsqueda del atractivo físico. Por lo que debemos cuestionarnos el carácter natural de la vida sana, y del cuerpo bello y saludable.

Carlos Pinzón y Gloria Garay (1997) mantienen que en las sociedades contemporáneas el cuerpo-imagen es una construcción que se realiza mediante un montaje de mercancías, formatos disciplinarios, estéticos, dietéticos, médicos, psicológicos, de relación con las mercancías, los lugares y las personas y este cuerpo-imagen es tanto más seductor cuanto menos tiene de real. El cuerpo se ha convertido en el centro de un trabajo cada vez mayor a través del ejercicio, la dieta, el maquillaje y la cirugía estética, puesto que en la cultura contemporánea de consumo hay una tendencia general a ver el cuerpo como una parte del propio yo que está abierto a revisión, cambio y transformación, además de exigirle no sólo que funcione bien y esté sano y en forma, sino que, también, tenga una apariencia cuidada (Featherstone, 1991).

Giddens (1991) observa como los manuales de autoayuda se han convertido en una creciente industria en los últimos tiempos, que anima a pensar y a actuar sobre uno mismo y su propio cuerpo de formas concretas, puesto que, en la sociedad contemporánea de consumo, la disciplina del cuerpo mediante la dieta y el ejercicio se ha convertido en una de las claves para conseguir un cuerpo atractivo y deseable que proporcionará placer, felicidad y realización personal, ya que, la realización personal está sujeta al grado en que los cuerpos se ajustan a las normas contemporáneas de salud y de belleza.

Estas normas se mueven a través de todas las relaciones sociales y eso es lo que produce la “naturalización” de un cuerpo bello y saludable que no deja de ser una realidad construida, como se puede constatar si tenemos en cuenta los distintos momentos históricos. Sirva de ejemplo el siglo XIX en el que la belleza corporal estaba asociada a las formas redondeadas y voluptuosas, mientras que, el canon de belleza en las sociedades de consumo actuales está asociado con la delgadez, la esbeltez y la juventud (Featherstone, 1991).

Siguiendo a Cabrera (2010), podríamos decir que poseer un cuerpo esbelto, joven y sano, permite sentirse integrado en la sociedad de consumo que rechaza los cuerpos que no se rigen por los códigos imperantes. Este canon estético se asocia en el imaginario social como lo moralmente deseable, ya que presupone unos valores positivos de autodisciplina y autocontrol aplicables en otras parcelas de la vida.

Se configura, de este modo, una nueva escala de valores que condiciona y moldea la percepción de los sujetos, las posibilidades y formas de conocer, sentir y actuar. Las personas que mejor combinan las cualidades de belleza, juventud, sensualidad son los máspreciados y a los que se atribuye mayor probabilidad de éxito, porque a la persona que es capaz de “controlar y moldear” su cuerpo, bien sea a base de ejercicio, dieta o tratamientos estéticos, se le presuponen unas características beneficiosas y un mayor dominio sobre diferentes parcelas como la laboral, la personal o la social y se le asocian mayores logros. Sin embargo, se considera que las personas que son incapaces de controlar su propio cuerpo, trasladan esas inseguridades o debilidades a los diferentes ámbitos de su vida. Se realiza, por tanto, una fusión cultural entre ética y estética haciendo de la apariencia corporal un correlato de la interioridad espiritual (Barbero, 1998).

Ciertos estereotipos de apreciación y clasificación sociales del cuerpo trascienden lo orgánico para indicar categorías morales tales como las que se establecen entre la enfermedad y la desidia, ante la salud y la perseverancia o la regularidad abnegada de las buenas costumbres, que legitiman los esquemas representativos y prácticos sobre los que las clases acomodadas edifican el imaginario de la salud. Y que han sido utilizados como elementos identitarios y mecanismos de distinción de esta clase, que no sólo construyen, sino que legitiman e imponen los esquemas culturales en los que se basa el “estilo de vida saludable” que de él se deriva, puesto que ostentan mayor representación (numérica y de influencia) de investigadores, divulgadores y profesionales en el espacio social (Vicente, 2010).

Garcés y Ramos (2011) indican que el estilo de vida saludable comprende una serie de hábitos que se expresan en obligaciones cotidianas, en donde la moderación es el patrón de conducta que rige a los sujetos: Se debe comer bien y respetar los horarios, no hay que fumar, no consumir alcohol en exceso y realizar alguna actividad física, éstos son los pilares de este estilo de vida saludable. Este imaginario de la salud y el estilo de vida se constituye cada vez más como un sistema de prácticas y de gustos coincidentes con las exigencias de universalización que la sociedad de consumo plantea, pero manteniendo la fragmentación de la sociedad y la desigualdad en el acceso a los recursos del cuidado corporal (Vicente, 2010).

Shilling (1993) lo explica aludiendo a que existen desigualdades sustanciales en los valores simbólicos atribuidos a las distintas formas físicas. Las distintas clases y fracciones de clases tienden a desarrollar diferentes orientaciones hacia sus cuerpos, que forman una parte esencial de la identidad individual en la sociedad contemporánea, puesto que el cuerpo contemporáneo occidental está vivido y visto como parte central de la identidad de las personas, y hay una tendencia para los que tienen recursos en tratar el cuerpo como un proyecto de toda la vida.

El aumento de las posibilidades de intervenir en el cuerpo a causado, por un lado, que exista incertidumbre acerca de qué hacer con esas posibilidades -cómo ejercer el control sobre el cuerpo y hasta dónde se debe permitir la intervención de la ciencia en su reconstrucción-, y por otro lado, la existencia de esas posibilidades no implica la existencia de las mismas posibilidades de acceso para todas las personas, algo que ha provocado que algunas prácticas de cuidado del cuerpo se hayan convertido en un símbolo de status en estas sociedades en las que se considera que el consumo es una de las vías principales para la consecución de un cuerpo bello y sano, que es una construcción social que responde a un momento histórico concreto y a un contexto cultural particular (Shilling, 1993). Lagarde (1990) sostiene que la imagen corporal debe entenderse como parte de un sistema de relaciones sociales definidas culturalmente, que nos ayudan a entender la manera en que las personas perciben, describen y modifican su cuerpo.

4.4. Cuerpo, género, belleza, consumo y publicidad

Cabrera (2010) en sus investigaciones -en las que realiza un análisis de las campañas publicitarias recientes propuestas por conocidas marcas de cosmética y de moda- constata que los atributos y características destacadas en los cuerpos femeninos que muestra el discurso publicitario difieren notablemente de los sublimados en el hombre e incluso, en ocasiones, son antagónicos. En lugar de fomentar la diversidad, la publicidad propone un discurso rígido y un modelo único de belleza femenina posible, se produce una homogenización del cuerpo femenino.

La publicidad convierte el cuerpo femenino en un estereotipo: un cuerpo ideal adaptado a las necesidades de la moda, una percha hermosa e indiferente en la que presentar el producto que se quiere vender a toda costa. En los medios de comunicación, en general, y en la publicidad en particular, se detecta un constante flujo de imágenes y expresiones que subyugan especialmente a la mujer y la obligan a regirse por unos cánones de belleza que son restrictivos e incluso nocivos para su salud. En el caso de las mujeres el atributo físico más

valorado y asociado a la belleza es la delgadez mientras que en el caso del hombre lo sería la fortaleza asociada a un cuerpo musculoso (Cabrera, 2010).

Y es que los anuncios en general y en particular los anuncios de productos de estética y belleza presentan un cuerpo humano ahogado por una figuración metafórica y comercial de la perfección y de la felicidad simbolizada a través de esbeltas y delgadas modelos de pasarela y de hombres musculosos, depilados y escultóricos (Falk, 1994).

Estas construcciones metafóricas tienen su origen, sin embargo, en la sociedad puesto que la publicidad se alimenta de las construcciones metafóricas sobre el cuerpo y la sexualidad que han sido consensuadas y estereotipadas socialmente. De esta forma, la posición de la mujer para el mundo del consumo como un “bello personaje” se consolida y la mujer es destinataria de los desvelos publicitarios y es también personaje de la publicidad. La mujer está en el centro, porque en el centro está la concepción de lo femenino como lo dador de placer. Hay publicidades para mujeres y hay publicidades con mujeres, en las que la mujer cede su cuerpo para la connotación de los productos, tanto si ella es o no la destinataria directa (Falk, 1994).

La mujer es el gran personaje de y para la publicidad (Walzer, 2003). Y por esa razón se ha convertido en algo fundamental el mantenimiento de la apariencia. Ya no es tan importante como en décadas pasadas estar a la moda, sino que lo fundamental es mantener la apariencia esbelta y joven, para lo cual las mujeres deben consumir cremas, productos dietéticos someterse a sofisticadas rutinas de ejercicios. El consumo y la publicidad normalizarían la belleza femenina, y una apariencia física estereotipada: acorde con esas normas que marca el consumo y la publicidad, aseguraría el éxito social (Lipovetsky, 2004).

Siguiendo a Carosio (2004) diríamos que la nueva imagen de la mujer profesional también debe estar correctamente ajustada a cánones de belleza rígidos: la profesional de éxito está bien vestida, es delgada y segura de sí misma. La belleza para las mujeres contemporáneas es una tarea tan importante como la formación profesional y el trabajo.

Según Borrás (2007), la incorporación de la mujer al ámbito laboral, y el auge de la cultura individualista y meritocrática, no han hecho retroceder la presión que recae sobre la mujer para estar guapa, para estar a la moda y preocuparse por su aspecto, sino que la han democratizado. La mayor presencia de la mujer en el ámbito público ha ido acompañada de una mayor presión para estar siempre visible, siempre agradable a los ojos de los otros.

De tal manera que se produce una reconciliación entre el código tradicional de la belleza femenina y la norma del trabajo, entre el narcisismo estético y la actividad productiva, entre el ideal estético de lo femenino y el ideal de autonomía intelectual y profesional. El consumo ha hecho funcional a sus intereses la mayor presencia de la mujer en el ámbito productivo, uniendo la profesionalidad, la moda y la estética femenina. El mito de la belleza resitúa a las mujeres en la sumisión puesto que la belleza en la sociedad de consumo se muestra en rasgos mercantilistas y patriarcales, y favorece una representación frívola, con una imagen sexy, flexible, despreocupada e ingenua (Borrás, 2007).

El consumo sostiene la diferenciación de clase y género al ser una actividad de manipulación sistemática de signos, en la que todos los objetos y mensajes se integran para formar el gran discurso de las sociedades contemporáneas. Los objetos no son sólo su materialidad sino que el imaginario del deseo personal y social forman parte de su construcción. Los objetos se constituyen en una lógica del ensueño, viabilizada por la publicidad y el sistema cultural de diferenciación de clase y género (Carosio, 2004).

En este sentido, Wolf (1991) mantiene que el mito de la belleza es una tendencia impulsada por los medios masivos de comunicación, la sociología y psicología populares, la industria de la moda y la cosmética y una amplia gama de industrias culturales, que producen imágenes para una economía de consumo en la que las propias mujeres son consumidoras y bienes de consumo que se juzgan a sí mismas según parámetros inalcanzables, que merman sus vidas porque sienten obsesión por el físico, terror a envejecer y horror a la pérdida de control sobre sí mismas.

Wolf explica que conforme avanzan las mujeres en la obtención de mayores libertades, derechos e igualdad, mayor es el imperativo sociocultural que exige su adherencia a una ideología de la belleza esclavizante. La mujer opulenta, educada, liberada del primer mundo puede disfrutar de libertades que en otros tiempos fueron inaccesibles para las mujeres y sin embargo no se sienten tan libres como quisieran por un problema que tiene que ver con asuntos aparentemente frívolos: la apariencia física, el cuerpo, el rostro, el cabello y la ropa, pero que están ligados con la liberación femenina. Existe una relación entre ésta y la belleza femenina. Cuantos más obstáculos materiales y legales son superados por las mujeres más les pesan las imágenes inflexibles y crueles de belleza.

Durante la década pasada, al tiempo que las mujeres lograron traspasar la barrera de la estructura de poder, los desordenes alimentarios se multiplicaron y la cirugía plástica se volvió la especialidad médica de más rápido crecimiento. Wolf sostiene que estamos en medio de un violento contragolpe en contra del feminismo que usa imágenes de belleza femenina como arma política contra el avance de las mujeres: el mito de la belleza femenina, que ocupa el terreno perdido de la mística femenina de la domesticidad y el relevo en la función de control social que desempeñaba ésta.

La labor de belleza efímera e interminable sustituyó a la labor doméstica efímera e interminable. Cuando el valor social primario de la mujer ya no podía ser definido como el logro de la domesticidad virtuosa el mito de la belleza lo redefinió como el logro de la belleza virtuosa, y se hizo para crear un nuevo orden consumista y una nueva justificación para la injusticia económica en el lugar de trabajo donde las antiguas habían perdido dominio (Wolf, 1991).

En este sentido, Bordo (1993) analiza la belleza como discurso cultural e interpreta que la belleza no puede ser analizada sin tener en cuenta género y poder. El cuerpo no es sólo un texto de cultura sino que también es un locus de la práctica directa del control social, ya que a través de las rutinas habituales la cultura es un “cuerpo existente” que está más allá de la conciencia. Las normas culturales de la vida cultural regulan el cuerpo y lo convierten en “cuerpo dócil”.

Bordo indica, tal y como hiciera con anterioridad Foucault, que el cuerpo es controlado -entrenado y formado- a través de la ordenación del tiempo, el espacio y la vida cotidiana. Las mujeres pasan más tiempo en la gestión de sus cuerpos y esta intensificación es diversión y subversión, es la búsqueda de un ideal femenino que convierte los cuerpos femeninos en cuerpos dóciles que serían los órganos cuyas fuerzas y energías están habituadas a la regulación externa, el sometimiento, la transformación y la mejora. La dieta, el maquillaje y la vestimenta actúan como principios organizadores centrales del día de la mujer y forman parte de un proyecto de auto-modificación inherente al cual hay una sensación de carencia.

El análisis de la belleza que realiza Bordo se centra en las imágenes del cuerpo femenino, en las acepciones culturales e ideológicas inscritas en el cuerpo, a las cuales no sólo los hombres sino también las mujeres son vulnerables, y de este modo explora las relaciones de género y poder constituidas por la cultura occidental para comprender los discursos que afectan a las mujeres.

Los discursos que explicarían la relación entre cuerpo y mujer serían: 1) el de la dualidad: la mujer sería definida por lo que no es o no tiene; 2) el de control: el sistema necesita normas que regulen a las mujeres puesto que éstas tienen capacidad para desenmascarar al poder patriarcal; 3) el de la homogeneidad: la cirugía estética motiva la homogeneidad puesto que elimina las diferencias existentes entre mujeres y libera a las minorías étnicas (Bordo, 1993).

La persecución de la belleza, que ha provocado comportamientos compulsivos relacionados con la estética, es estudiada por Martín (2002) examinando la forma en la que los medios de difusión contribuyen en la actualidad a consolidar lo que la autora denomina la “tiranía de las apariencias”. La imagen personal ha cobrado valor porque vivimos en una “sociedad de representaciones” en la que prima un modelo plástico de entender el mundo y un concepto ontológico del hombre en el que lo físico (lo que se ve) adquiere un valor casi absoluto y en la que la técnica ha hecho que los ciudadanos mantengan una interacción privada y personal con los cánones de belleza corporal, democratizando de este modo el anhelo de la estética personal (Martín, 2002).

Los valores culturales son cardinales para la conformación del “sentido de la belleza” -de los juicios y preferencias estéticas de cada momento- pero al no ser innatos sino que se adquieren, las vías por las que se transmiten resultan cruciales, puesto que la difusión de un “modelo corporal ” y en consecuencia “un modo de entender el atractivo personal” es lo que contribuye a la estandarización, ya que sólo si un canon llega directa o indirectamente a un buen número de personas tendrá efectos verdaderamente transcendentales (Martín, 2002).

Los medios de comunicación, según Cuadrado (2001), no sólo reflejan la realidad, a menudo se encargan de perpetuarla puesto que la sociedad desigual que conocemos se sustenta en sólidos pilares de intereses de poder. Este poder posee los medios de comunicación y no le interesa compartir su dominio ni que el modelo de estructura cambie en tanto en cuanto que éste le beneficia.

Como agente de socialización los medios de comunicación no construyen identidades de género por sí solos pero sí ayudan, cada vez más, a consolidar éstas, puesto que aunque por sí solos no puede ejercer el peso suficiente para crear estereotipos sí refuerzan y reproducen muchos que no son reflejo de la sociedad actual.

Su labor uniformadora de opinión puede influir en los hábitos de comportamiento y ofrecer valores prototípicos, y la mujer como colectivo y como representación de “valores femeninos” no se escapa de esta manipulación, porque: 1) Aparece como mujer objeto, su cuerpo es un reclamo; 2) Su papel radica en la mujer sumisa/dependiente o la súper-woman sexual y seductora; 3) Anuncia mayoritariamente productos de belleza e higiene, de limpieza de la casa o de cuidado de las personas; 4) Aparece habitualmente en el hogar; 5) No existe la mujer fea, obesa o con arrugas. 6) La belleza valoriza a una “hembra”; 7) Guardar la línea es el secreto del éxito profesional, familiar y la felicidad (Cuadrado, 2001).

4.5- Modelos referenciales de la imagen de la mujer

El autoconcepto corporal, que se adquiere a edades muy tempranas, determina los sentimientos que cada mujer desarrolla hacia el propio cuerpo. En la elaboración de este autoconcepto los medios de comunicación y la industria de la belleza tienen un papel importante al difundir unos patrones culturales homogéneos, que se van haciendo hegemónicos y extendiéndose globalmente (Muruaga, 2007).

El modelo de cuerpo expandido por los medios de comunicación es un cuerpo imposible y no saludable, cuando las mujeres se comparan con el mismo el resultado es que el propio cuerpo siempre tiene algo malo – por exceso o por defecto- (Naranjo, 2007) algo que termina minando la autoestima de las mujeres. La publicidad ha pervertido el concepto de salud, y lo ha fusionado con el estereotipo de belleza femenina -delgada, guapa y joven- hasta el punto que, anuncios que parece interesarse por la salud a través de productos sanos, en realidad, están vendiendo usar esos productos de manera insana porque fomentan la obsesión por la delgadez.

El cuerpo de las mujeres se está usando como un objeto que se puede manipular para imitar un estereotipo de belleza antinatural, puesto que, depende de unos elementos externos – ropa, maquillaje- y un estereotipo de belleza poco saludable, porque está centrado en una estética insensible a las necesidades corporales, que exige esclavitud y maltrato hacia la propia mujer, y mucho dinero y dedicación que no se invierte en otras cosas.

El estereotipo de la belleza cada vez esclaviza más el cuerpo de la mujer a través de la publicidad, porque si no se es bella, no se vale nada. Es como si se partiera de que el cuerpo femenino es imperfecto, y por eso necesitara ser controlado y corregido para poder ser valorado, por los hombres. Y ello es así porque el modelo social de belleza está ideado por sectores patriarcales con el objetivo de limitar el empoderamiento psicosocial de las mujeres, manteniéndolas ocupadas en intentar controlar el pequeño territorio corporal, a cambio de un poco de aprobación externa.

A la mujer no se la ve como dueña de su cuerpo, sino como una inquilina que tiene que responsabilizarse y hacer de carcelera de un objeto preciado, cuya obligación es seducir y provocar el deseo de los hombres para merecer una existencia en esta sociedad. A las mujeres se les ha enseñado desde la infancia que la imagen física es fundamental para ser aceptadas, y para aumentar la probabilidad de tener éxito social, desvalorizando, de este modo, la importancia del desarrollo de las mujeres como personas centradas en un proyecto vital enriquecedor (López, 2007).

El hecho de incitar a las mujeres desde la infancia a perseguir un canon de belleza absurdo, es tenerlas muy ocupadas y aturdidas, para, de este modo, mantener la esencia del sistema social patriarcal y que los hombres sigan ejerciendo el poder y el control. Esta estrategia educativa del machismo tiene gran eficacia (Pascual 2007).

Aunque las mujeres siempre han tenido una socialización de género en contra de sus propios cuerpos, actualmente se ha adelantado la edad de la insatisfacción corporal y se han agudizado las creencias, valores y actitudes negativas sobre el cuerpo femenino. Aumentan los sentimientos de rechazo del propio cuerpo desde muy niñas y se están propiciando un mayor número de conductas de “arreglar” el cuerpo para los otros, a costa del propio bienestar de las mujeres. En esta socialización temprana para la insatisfacción corporal, el mandato obsesivo principal es “ser superdelgada” (Muruaga, 2007).

El uso del cuerpo de la mujer en publicidad puede ir dirigido a las mujeres como consumidoras, pero también es utilizado como reclamo, como un objeto accesible y disponible a los deseos sexuales masculinos, que proporciona más atractivo a diferentes tipos de productos cuando están dirigidos a los hombres. Cuando la publicidad se dirige a las mujeres como consumidoras, aunque el producto vaya dirigido al cuerpo, no se centra en el bienestar, sino en buscar la forma de revalorizarlo como si fuera un objeto (López, 2007).

Esto se hace patente cuando se analizan campañas publicitarias. En este sentido, “el Huffington Post” en un artículo publicado el 11/02/2014 se hace eco del trabajo realizado por la web Rehabs.com -especializada en información para la lucha contra desórdenes alimenticios y adicciones- y la agencia de publicidad Fractl, en el que se indaga sobre los orígenes del Índice de Masa Corporal (IMC) y cómo las medidas del ideal de belleza de las mujeres ha ido cambiando en relación a las medias de las mujeres, alejándose cada más de ellas.

Respecto a los índices de masa corporal, consideran, que al no distinguir entre grasa y musculatura es una medida bastante inexacta para determinar si existe un problema de obesidad, y al realizar un análisis de la evolución de los IMC de las mujeres, se evidencia que hay una diferencia destacable entre las medidas idealizadas y las de la población general.

Distintas campañas publicitarias han incidido en este hecho, es el caso de la Campaña de “La belleza de Dove por la Belleza Real”,



Campaña Dove por la Belleza Real

iniciada en España en el año 2004 a raíz del estudio “La verdad sobre belleza: un informe global”, encargado por la firma, y realizado en 10 países diferentes, en un intento de interpretar y reconstruir las percepciones de las mujeres acerca de la belleza femenina. El estudio concluye que globalmente las mujeres tienen puntos de vista notablemente similares sobre la belleza (con excepción de las japonesas en algunas mediciones).

El estudio demuestra que la belleza auténtica es un concepto albergado en los corazones y mentes de las mujeres y raramente articulado en la cultura popular o afirmado en los medios masivos. Como tal, permanece sin realizarse ni sostenerse y es reemplazado por una definición más estrecha que se ubica en gran medida en ideales limitados de apariencia física. Convirtiéndose la palabra “belleza” en una definición funcional de “atractivo físico”. Esta definición de belleza es comunicada a través de los medios masivos y asimilada por medio de la cultura popular, siendo este ideal contra el que muchas mujeres se miden a sí mismas y aspiran a alcanzarlo.

Sin embargo, debido a que es un ideal extremadamente difícil de lograr, las mujeres encuentran difícil pensarse a sí mismas como bellas. Esto puede contribuir a la infelicidad y a la baja auto estima y auto valoración, especialmente entre aquellas mujeres (a menudo jóvenes) que son más proclives a tomar estos ideales de la cultura popular. Este estudio sintetiza los componentes de la belleza verdadera, según las mujeres entrevistadas, y afirma que, incluye el atractivo físico, la felicidad, la amabilidad, la virtud, la dignidad, el amor, la autenticidad y la autorrealización.

Esta línea descrita es la que están siguiendo otras grandes marcas, tal y como indica el artículo de la Vanguardia “La moda 'curvy' se impone” publicado el 29/03/2015, que diseñan Campañas publicitarias con modelos de tallas grandes, es el caso de empresas como Ralph Lauren, Calvin Klein, Mango ó H&M. Aunque sus campañas han estado llenas de polémica por considerar "talla especial" a las tallas más comunes de la población.

En el caso concreto de Mango, que fue una de las primeras firmas en unirse a esta iniciativa con las tiendas Violeta by Mango, que ofrecen tallas desde la 40 hasta la 52, las críticas se centraban en el hecho de considerar "tallas especiales" a un rango muy amplio de tallaje, cuando el Ministerio de Sanidad reconoce como "especial" a una talla igual o superior a la 48.

En el caso de H&M, además de utilizar modelos de tallas grandes para mostrar la colección general -no únicamente su colección de tallas grandes-, añade en algunas tiendas, como en las suecas, maniquíes que representan a mujeres mucho más gruesas, que conviven con los anteriores. Sin embargo, estas acciones parecen estar encaminadas a limpiar su imagen pública, puesto que ha sido criticada por usar modelos extremadamente delgadas y utilizar en su página web cuerpos informáticos, creados 100% con ordenador: Con diferentes tonos de piel, el mismo cuerpo se ajusta a caras de modelos reales.



Con diferente ropa y color de piel, el cuerpo siempre es perfecto y la postura siempre es la misma.

Las revistas de moda, como Vogue, Elle o Cosmopolitan, también, están siguiendo esta tendencia e introducen en sus portadas a modelos de tallas grandes.

Por tanto, podría parecer que algunos tipos de publicidad tendrían el objetivo de ayudar a las mujeres a sentirse bien con su cuerpo aceptándose a sí mismas como son, pero lo perverso de aceptarse tal y como son es que no significa asumir el propio cuerpo con sus formas y volúmenes concretos, sino usar corsetería para recolocar cada parte rebelde y mostrarse según los cánones. Las mujeres están condicionadas por estos mensajes, hasta el punto de llegar a pensar que necesitan controlar su cuerpo para poder sentirse bien consigo mismas y creen que esta forma de pensar es original suya, no de la sociedad, y les cuesta ver que puede haber otras formas de estar a gusto que no impliquen ese control. Se está usando el cuerpo de las mujeres como un objeto que se puede manipular para imitar un estereotipo de belleza (López, 2007). Un estereotipo de belleza que, además, es cambiante. La concepción del cuerpo perfecto no es invariable, el ideal de belleza de la mujer evoluciona.

Es interesante, dado el objeto de investigación que nos ocupa, analizar la evolución del ideal de belleza de la mujer en el último siglo, puesto que de esta manera, se muestra cómo ha ido cambiando la concepción del cuerpo perfecto en las últimas diez décadas.

En la década: 1900-1910



Los cánones de belleza imponían ciertas características para parecer mujeres ideales. No estaba bien visto lucir la piel morena, (puesto que era la que lucía la clase trabajadora tras pasar largas jornadas a la luz del sol). Por lo que utilizaban sustancias muy peligrosas, por contener plomo o arsénico, para blanquear la piel, y se marcaban el color de las venas para que no se dudase de su delicadeza cutánea. Los cabellos se ondulaban, (puesto que los cabellos lacios eran sinónimo de un carácter caprichoso y estaba mal visto por la sociedad). El cuerpo femenino, que representaba la idea de belleza, en el momento del cambio del siglo, era una figura alta, con busto generoso y anchas caderas pero cintura estrecha. Para afinar la cintura, las mujeres de la época estrechaban su figura con ajustadísimos corsés que llegaban a deformar los órganos internos, y en algunos casos incluso a provocar la muerte.

En la década: 1910-1920



Las feministas fueron las primeras que consiguieron que se aceptara el maquillaje de color. Las actrices, que acostumbraban a maquillarse en escena, comenzaron a lucir color fuera del ambiente teatral. De esta forma muchas mujeres poco a poco se atrevieron a mostrarse con colorete, rimel y a teñirse el cabello con henna. En esta década el uso del maquillaje era habitual, pero el resultado deseado era muy natural. Ya no se veían demasiado los rostros blancos y empolvados, y los polvos rosas se utilizaban para dar una aspecto mas saludable. Durante la guerra, no estaba bien visto malgastar dinero en maquillaje, así que solo se usaba un poco de labial rojo y vaselina que aportaba brillo a los parpados. El final de la guerra hizo que muchas cosas cambiaran, las mujeres se cortaban el pelo de manera muy masculina, destacaban los ojos con kohol y los labios rojo intenso.

Las flappers – anglicismo que se utilizaba en los años 1920 para referirse a un nuevo estilo de vida de mujeres- eran conocidas por su pelo estilo bob, sus vestidos cortos y sus comportamientos escandalosos (como fumar en público o conducir) Las flappers no llevaban corsés, marcaban menos su pecho y su cintura y enseñaban los tobillos y las rodillas.

En la década: 1920-1930



Se revolucionan los cánones de belleza, en el sentido de que, la piel morena comenzó a considerarse hermosa y delicada (la palidez extrema era sólo para los pobres que trabajaban encerrados día y noche). Para considerarse modernas, las mujeres debían lucir el corte de pelo a lo chico, pero los hombres no aceptaban esta moda. Este corte podía llevarse tanto con el cabello lacio u ondulado, algunas lo adornaban con una cinta en la frente. El maquillaje se usaba muy recargado sin importar que se viera artificial, los ojos negros, la boca roja y las cejas cuidadosamente perfiladas en forma semicircular. El principal objetivo de ese look era la provocación. Se hacía alarde de la figura con vestidos ceñidos. Se enfatizaba el pecho, la cintura y, las caderas.

En la década: 1930-1940



El ideal de belleza en esta época marcaba que la mujer debía ser delgada, femenina, con aspecto atlético y cuidado. Lucir la piel morena era una premisa. Se priorizaba la belleza interior y por eso llevar una vida natural era la mejor opción. El maquillaje recargado que hacía furor en la década pasada era considerado vulgar, ahora era el momento de destacarse individualmente y para esto se usaban productos considerados indispensables como el perfilador de cejas, la

vaselina para dar brillo a los parpados, sombras de colores, rímel, pestañas postizas, colorete, y labial carmín. El cabello se llevaba con un largo medio, peinado con ondas desde la frente. El rubio era el color de moda.

En la Década: 1940-1950



A las mujeres se les exigía que no se abandonaran, que fueran competentes en el trabajo y muy enérgicas, pero sin dejar la parte femenina de lado, y en la vida privada sumamente comprensivas.

Eran tiempos difíciles, por este motivo la imagen adecuada era la de una mujer adulta y sensual pero por ningún motivo provocativa y frívola. La calidad del maquillaje no era óptima debido a la escasez de materia prima. En Europa era casi imposible encontrar mercadería para la industria cosmética, solo se primaba la producción de armamento.



El cabello ya no se usaba corto, a lo chico. Por el contrario se recogían las melenas con moños altos o se usaban pañuelos a modo de turbante que era lo más práctico para disimular los cabellos descuidados por la necesidad y la escasez de recursos de una época marcada por la guerra.

Durante la Segunda Guerra Mundial, el ideal de belleza femenina se alejó de las sinuosas curvas y también de las actitudes despreocupadas de las “flappers”. Las Estrellas de Hollywood tenían una piel perfecta, saludable y cuerpos delgados, una imagen que no se alejaba mucho de la media de la mujer estadounidense de la época.

En la Década: 1950-1960



Se apelaba a la artificialidad. El maquillaje presentaba nuevos colores para que estuviera a tono con lo último de la moda. Las mujeres cambiaban el color del pelo muy a menudo, el color más popular era el rubio, se llevaba liso, ondulado, largo o corto, se usaban también los postizos, y las orejas siempre quedaban a la vista para poder lucir joyas -aros grandes y con mucho brillo que se combinaban con collares de perlas de una o dos vueltas-. Los pañuelos eran fundamentales para proteger el peinado de las mujeres que conducían coches descapotables. Los guantes eran casi un accesorio obligatorio, a menudo eran del mismo género que el vestido. Los cinturones anchos fueron el complemento más importante de la década, para comprimir y resaltar la cintura femenina.

Las Estrellas de Hollywood de los 50, mostraban piernas largas, cintura de avispa y busto generoso.

En la Década: 1960-1970



Las mujeres modernas e independientes deseaban demostrar estas cuestiones cortándose el pelo (era famoso el corte “champiñón” como el que lucían los Beattles). El ideal de la década era no mostrar los atributos femeninos ni las curvas, sino, por el contrario parecer delgadas ninfas que mostraban su lado infantil a modo de juego de seducción.



La artificialidad de los años 50, caracterizada por el excesivo maquillaje, quedaba sustituido por un maquillaje sencillo, que servía para anular el aspecto.

Junto a la revolución sexual, los 60 trajeron consigo otro cambio en el ideal de belleza, caracterizado por un cuerpo delgado y con piernas largas. Las modelos famosas de estos años mostraban estrechas medidas y un look andrógino.

En la Década: 1970-1980



El ideal de belleza en los años 70 era un tema que generaba largas discusiones, puesto que no había un consenso acerca si estaba representado por el ideal Hippie, sumamente natural, o por el ideal artificial y brillante de las estrellas de rock. Las mujeres trabajadoras fueron las primeras en adoptar el look natural, mostrando un aspecto cuidado y natural, con poco maquillaje y de colores suaves. Pero,



clubes nocturnos, se exigía resplandor y brillo, a menudo, las mujeres pasaban de un extremo al otro.

El cuerpo debía parecer sexy y deportivo naturalmente, los productos para adelgazar eran un éxito comercial. El cuerpo ideal de los 70 destaca por el bronceado, las melenas y el cuerpo delgado y tonificado. Figuras atléticas con poco maquillaje.

En la Década: 1980-1990



El estilo no se limitaba al maquillaje, al peinado y a los complementos. Las mujeres de la época deseaban destacarse en sus trabajos, por lo que primaba el estilo Yuppie. El cuerpo debía lucir natural y entrenado, la población más adinerada contaba a diario con la asistencia de su propio entrenador personal, puesto que no se trataba, únicamente, de mantener un buen estado físico sino de llevar un estilo de vida que les diferenciara del resto de la población. Si esto no daba el resultado deseado recurrían a la cirugía estética. Los productos y tratamientos anti-envejecimiento lograron una gran aceptación, y la medicina y la cosmética consiguieron una estrecha relación.



El cuerpo ideal era el cuerpo delgado, y atlético, para tener la figura ideal había que conseguir un cuerpo muy tonificado, fuerte y delgado.

En la Década: 1990-2000



El comienzo de la década estuvo caracterizado por el glamour de las Top Models, que se convirtieron en estrellas idolatradas. Las mujeres en los 90, marcadas por la influencia de las poderosas “mujeres trabajadoras”, comenzaron a asumir la creencia de que para obtener buenos resultados debían ser altas, esbeltas y seductoras. Aunque no tardó en surgir una contracorriente, un gran número de mujeres jóvenes optaban por una pequeña carrera profesional y rechazaban el estilo de trabajo duro de sus madres. Apareció el estilo “Grunge”, que mostraba un fenómeno antimoda, con mujeres desaliñadas y mal combinadas, que aunque duro poco supuso el inicio del deconstructivismo, que sí perduró en la moda. Las supermodelos quedaron a un lado debido, también, a cuestiones económicas, puesto que, en una época de crisis, con la industria textil quebrada, las supermodelos resultaban extremadamente caras. Y la frescura natural regresó a la moda.

Se primaba el aspecto discreto. Y hubo un cambio drástico hacia modelos muy delgadas, lo que suscitó mucha controversia por la promoción de la extrema delgadez desde el mundo de la moda.

En la Década: 2000-hasta la actualidad.



Desaparece (al menos en gran parte) el elemento que podríamos llamar “vanidad de clase”, porque, en principio, no es fácil ya ubicar en la escala social a una persona por su vestido. Las imitaciones de los productos de las grandes marcas son cada vez más perfectas y con un presupuesto limitado y una serie de decisiones inteligentes, una mujer se puede presentar con la misma elegancia de quien tiene la posibilidad de encargar los modelos de Alta Costura.

Comienza el 2000 con el reinado de las modelos: altas, delgadas, con busto, y cuerpo tonificado, y se va consolidando, a lo largo de los años, la idea del cuerpo ideal como aquel delgado pero “saludable”, caracterizado por un estómago plano, pecho y trasero amplios, espacio entre los muslos. La cirugía plástica es utilizada como medio para alcanzar esta imagen.

5.- LA ALIMENTACIÓN COMO HECHO SOCIAL

5.1. La alimentación desde la perspectiva de las ciencias sociales.

La alimentación ha sido y es objeto de estudio por parte de las ciencias sociales porque los análisis sobre la alimentación de un grupo social concreto, tal y como nos indica Fernández (2005), son en realidad el análisis de un fenómeno social. La alimentación no puede llegar a comprenderse sin analizar los fenómenos sociales, dado que, la alimentación nunca es “solamente comida” y su significado no puede ser solamente nutricional (Caplan, 1997).

La sociología de la alimentación surge en el contexto europeo en la década de los ochenta a partir de la tradición desarrollada en Francia e Inglaterra sobre los estudios de la alimentación, que se centran en la *significación social* de la alimentación y pretenden, mediante el análisis de los patrones de consumo, identificar las prácticas alimentarias en el contexto de las sociedades modernas, las motivaciones y los factores culturales que inciden en el comportamiento alimentario, las desigualdades sociales expresadas en el acceso y consumo de alimentos, las relaciones de género y la distribución de poder en el acceso a recursos alimentarios y la incidencia de los factores sociales, familiares y culturales en las condiciones de salud.

La sociología de la alimentación presenta, siguiendo a Gómez (2008) una triple diversidad, que se concretaría en 1) La diversidad de enfoques teóricos que constituyen los paradigmas explicativos de los fenómenos alimentarios 2) La herencia multidisciplinar y 3) La diversidad de temas. Respecto a los enfoques teóricos, la teoría estructuralista consideró la alimentación como un sistema cultural de los grupos humanos en tanto que entendía el sabor como construcción cultural y socialmente controlado, mientras que, antropólogos como Leví-Strauss o Roland Barthes, han defendido la analogía entre la alimentación y el lenguaje, en cuanto que, el significado de la primera puede ser aprehendido si desciframos los símbolos y las metáforas que la constituyen. Otras corrientes postmodernistas ponen mayor énfasis en la interconexión entre la alimentación de los grupos humanos y otros aspectos sociales, económicos, políticos y étnicos propios del mismo (Fernández, 2005).

Por lo que respecta a la herencia multidisciplinar, la sociología de la alimentación no sólo se nutre de la sociología sino también de la antropología, la historia, la economía o la psicología. Y en cuanto a la diversidad de temas, si tenemos en cuenta la descripción que realizan Mennel, S. Murcott A. y Van Otterloo, A. (1992) podemos ver la variedad de la temática de los estudios socio-antropológicos sobre la alimentación agrupada en los siguientes apartados: El desarrollo de las culturas culinarias; las tendencias nutricionales actuales; las creencias y prácticas sobre la comida y la salud; los desórdenes en la comida; la carencia y la saciedad; la tecnología alimentaria y su impacto; el impacto de culturas dominantes; el espacio público de la comida y el espacio privado de la comida.

La sociología clásica ha utilizado, tal y como nos indica Gómez (2008), la alimentación como medio para conocer otras manifestaciones sociales y han sido las orientaciones sociológicas hacia el mundo del consumo las que le otorgaron un carácter más general, aunque supeditado al ámbito de análisis del mercado, por lo que en muchas ocasiones se ha identificado la sociología de la alimentación con una sociología del consumo alimentario. Actualmente uno de los retos de la sociología de la alimentación es articular los aspectos de la producción y del consumo en unos mismos marcos teóricos, puesto que la línea de estudios centrados en la producción -procedentes de la economía y de la sociología agraria- se desarrollaron paralelamente y sin apenas conexión con la sociología del consumo (Gómez, 2008)

Según Sanz (2008), una de las preocupaciones básicas de la sociología de la alimentación, así como uno de sus aportes, es el análisis de tipo estructural y general de nuestra sociedad en relación a sus hábitos alimentarios. “La modernidad alimentaria”, consecuencia de los cambios sociales acontecidos a lo largo de la modernización de la sociedad en el comportamiento alimentario, es un período que se analiza a partir de dos características esenciales: 1) la desregulación de la alimentación contemporánea y 2) la pérdida de vínculos entre la producción y el consumo de los alimentos.

Respecto a la desregulación de la alimentación, la disponibilidad alimentaria ha ido en aumento, se ha diversificado, las elecciones alimentarias se han complicado, otros criterios como la salud y la estética han pasado a estar presentes en las decisiones alimentarias. Además, las instituciones tradicionales productoras de normas alimentarias -como son la familia o la escuela- pierden protagonismo y lo ganan otros agentes sociales que no aportan elementos sólidos para una correcta alimentación -como son el trabajo o la publicidad-

En cuanto a la pérdida de vínculos entre la producción y el consumo de los alimentos, en la modernidad alimentaria, la relación cercana y directa entre productor y consumidor, que existe en las sociedades tradicionales, se rompe. Mientras que en las sociedades agrarias tradicionales, el producto de la tierra es consumido directamente por la persona o grupo social que lo produce, en la modernidad alimentaria el consumidor compra productos que son producidos por personas que no conoce. Mientras que el productor en las sociedades agrarias tradicionales tiene un conocimiento amplio de las características de producción de sus alimentos, en la modernidad alimentaria el conocimiento del consumidor acerca de su origen y calidad de los productos procede de las etiquetas.

En las sociedades agrarias tradicionales su transformación antes de la ingesta no es complicada ya que se materializa en la cocina tradicional del lugar donde se produce, se trata de pocos productos, con una gran vinculación a la tierra y asociados a las peculiaridades naturales del entorno, que se distribuyen en los mercados locales por canales locales y redes sociales inmediatas y cercanas, mientras que en la modernidad alimentaria las redes de distribución y comercialización son complejas debido a un interés económico- empresarial. Los alimentos viajan y se mueven, forzando a la industria a modificar sus productos alimentarios para que lleguen en buenas condiciones a un mercado remoto.

Según Herrera (2009) la provisión industrial de los alimentos y su promoción publicitaria en una economía de mercado unida a la asunción de la alimentación como una cuestión de Estado y la legitimidad otorgada a los expertos en salud y nutrición otorgan a las modernas tecnoburocracias un poder sobre el universo de la comida comparable al antes ejercido por la costumbre, la escasez, las determinaciones de clase o los impedimentos estacionales y ecológico-locales.

La modernidad alimentaria también ha traído consigo, siguiendo a Herrera, un “Fetichismo nutricional” propiciado por las recomendaciones y preceptos nutricionales de médicos y expertos en nutrición en los que se cree con firmeza irreflexiva a pesar de la inestabilidad y variabilidad de estas recomendaciones. Los tabúes y fetiches gastronómicos se formulan en términos de atracción o repulsión hacia los bífidos activos o las grasas trans, es decir, se formulan referidas a la preceptiva racional emitida por las autoridades médicas y sanitarias y sancionadas por la fe en la ciencia, y están unidos a la sensación de trasgresión, culpa, sacrificio, expiación y regeneración que antes de la secularización, que caracteriza a la modernidad, estimulaba la religiosidad tradicional.

La consecuencia principal del proceso de racionalización en las prácticas culinarias sería la progresiva extensión de la racionalidad médico-biológica en detrimento de las restricciones religiosas, las pautas de distinción social y los dictados del cuerpo o de la tradición, que invierten el rol de sujeto-comensal en el rol de sujeto-paciente. Esta inversión puede simbolizarse en el deslizamiento del significado de lo que es una dieta, que pasa de su acepción tradicional como régimen o estilo de vida diferenciado a connotar “horror”, “sufrimiento” y “tortura” para quienes, cuando comen, lo que comen son proteínas, vitaminas, grasas o hidratos de carbono en aras de conseguir una ‘alimentación saludable’ definida en términos abstractos y compuesta, no de platos, sino de abstracciones. En este sentido, la autonomía, satisfacción y seguridad que se supone deberían seguirse de una mayor racionalidad alimentaria abocan, paradójicamente, en incapacidad de ‘comer bien’, pasividad y sufrimiento (Herrera, 2009)

Messer (1995) señala que posiblemente a excepción de la moderna sociedad occidental no haya ningún grupo cultural que evalúe los alimentos individuales que ingiere y sus combinaciones usando categorías científicas tales como energía, grasas, proteínas, vitaminas y minerales.

La significación de la dieta ha sufrido transformaciones según las valoraciones y concepciones de cada cultura y de cada etapa histórica, tal y como expone Turner (1980), y con la práctica médica la regulación de los hábitos alimenticios deja de tener un carácter religioso de negación del cuerpo biológico para adquirir un carácter moral y de normalidad en función de lo que se considera saludable y sano, después se convierte en la “ciencia del cuerpo eficiente”, funcional para producir con niveles de alto rendimiento y para consumir según los imperativos del mercado.

En este sentido, Turner plantea, que el poder médico se ha configurado como una mediación administrativa en el desorden social en tanto que extensión natural y legítima(da) de su mediación técnica en los relativos desequilibrios orgánicos, mediación que se materializa en la proposición de normas de conducta para cualquier ámbito de la vida tanto pública como privada, y pone de relieve que aunque toda evaluación médica trata de apoyar sus juicios en fundamentos racionales y sus intervenciones en criterios de eficacia técnica, a menudo, parece incapaz de sustraerse a los estereotipos de apreciación y clasificación sociales del cuerpo, que trascienden lo orgánico para indicar categorías morales tales como las que se establecen entre la enfermedad y la desidia ante la dieta, de una parte, y la salud y la perseverancia, de otra.

Según Gracia-Arnaiz (2007) el progresivo proceso de medicalización del comportamiento alimentario ha traído como consecuencia que una buena parte de los motivos pragmáticos o simbólicos que articulaban la selección y el consumo humano de alimentos se haya sustituido por otros de orden nutricional. La normalización dietética se ha concretado en torno a la dieta equilibrada, un patrón alimentario basado en la restricción y promoción del consumo de ciertos alimentos y nutrientes –qué y cuánto comer– y en la

prescripción de un conjunto de pautas relativas a cómo, cuándo y con quién hacerlo, y cuyos objetivos han sido, según esta autora, no sólo regular los cuidados del cuerpo y la salud, sino promover, a su vez, un cierto orden social y ético al promover una regulación de los modos de vida, basada en una responsabilidad del cuidado de sí mismo y en la exigencia de una competencia dietética.

La obesidad es un signo de la transgresión de la normativa y la consecuencia de aquello que no debe hacerse: comer mucho y ser ocioso, y en la actualidad estar gordo se ha convertido, en los países industrializados, en sinónimo de estar enfermo, puesto que el enfoque medicalizado de la gordura asimila como evidente que la grasa mata y que la obesidad es en sí patológica y que todos los obesos son enfermos o lo serán. La percepción negativa de la gordura entre los profesionales de la salud se ha construido sobre la idea de que una vez instaurada es una enfermedad intratable por la tendencia a ganar peso y por la supuesta falta de voluntad de la persona obesa a hacer dieta y ejercicio, y son muy frecuentes las recriminaciones relativas a las conductas alimentarias en razón de dimensiones morales (Gracia-Arnaiz, 2007).

5.2. Alimentación, consumo, salud y belleza corporal

Siguiendo a Fernández (2005), podríamos decir que el hecho de consumir ciertos alimentos en detrimento de otros proporciona valiosa información acerca del consumidor y se pueden llegar a concluir diferencias de clase, género o etnia. La elección de los bienes alimenticios en la sociedad occidental, según este autor, depende por un lado del poder adquisitivo del comprador y por otro del nivel de conocimiento de los beneficios y de los riesgos que contraen el consumo de cada tipo de producto, por esta razón, la alimentación puede ser considerada como un símbolo social y un signo de diferencia a nivel individual y grupal, además de ser utilizada en Occidente como una forma de intervenir sobre el cuerpo para la consecución del canon corporal socialmente aceptado.

En la sociedad occidental actual el modelo corporal socialmente canonizado está caracterizado por la delgadez, debido a lo cual, en ocasiones, el camino hacia lo bello conlleva el deterioro de la salud y del bienestar al intervenir sobre el cuerpo de una manera muy agresiva: privándolo de una alimentación variada, fuente principal de nuestra energía, o realizando un desgaste desmesurado de ésta a través del ejercicio físico para conseguir el modelo corporal ideal.

Por tanto, las prácticas alimentarias no responden tan sólo a la necesidad biológica de llenar el cuerpo de combustible, según propondría una visión mecanicista del organismo humano, sino a las condiciones materiales y las representaciones simbólicas que articulan las relaciones sociales en las diferentes sociedades. Pero el hecho de observar que el alimento no es sólo algo para nutrir no significa soslayar que también es una sustancia para subsistir y que, cuando escasea durante periodos prolongados, se corre el peligro de morir de hambre (Gracia-Arnaiz, 2007).

En una sociedad tan preocupada por la obesidad se olvida fácilmente lo horrible que puede ser para el organismo humano la falta de comida y de bebida, y esa preocupación está relacionada con la cultura de masas que pone el énfasis en los cuerpos juveniles y esbeltos, que son los modelos a perseguir (Contreras, 2005). El ideal de belleza que propugnan los medios de comunicación de masas está representada por modelos cuyas proporciones -peso y estatura- son una excepción estadística, por lo que, nos enfrentamos a ideales imposibles, a valores estéticos artificialmente contruidos, que muestran la delgadez como símbolo de independencia, éxito social, personal y profesional (Castillo, 2004).

Pero no sólo la publicidad directa incita a adelgazar sino que la presión social y los estereotipos sociales juegan un papel importante, puesto que, la imagen de un modelo de belleza compartido y reconocido socialmente supone una presión significativa en todos los miembros de la población, que hace que quienes se identifican con ese modelo suelen valorarse positivamente mientras que quienes no reúnen estas características padezcan baja autoestima.

El rechazo social juega en esto un papel importante, quien no sigue los parámetros establecidos por la sociedad de consumo padece rechazo. Las personas con sobrepeso son consideradas menos competentes, desorganizadas, indecisas e inactivas (Castillo, 2004). La obesidad crea una serie de actitudes negativas dentro de la población con normopeso que conduce a la discriminación social de la persona gorda (Bañuelos, 2008).

El mensaje del éxito está compuesto por tres tipos de mensajes contradictorios relacionados con la imagen corporal y la alimentación, que originan una gran tensión personal y social al individuo y que son: El mensaje Sanitario -donde se enmarcan las pautas de alimentación saludable- ; El mensaje gastronómico -producto de las necesidades creadas al individuo por el sector de la restauración y las empresas productoras de alimentos que imponen un modelo social de consumo alimentario basado en presuntas necesidades creadas para el disfrute del paladar-; y El mensaje Estético –que responde al mandato social de estar delgado para ser aceptado socialmente (Castillo, 2004).

La coexistencia, en la sociedad de consumo, de estos tres tipos de mensajes: abundancia de alimentos, necesidad de salud corporal y modelo dictatorial de belleza hacen que el sujeto se mueva entre el exceso y la escasez por privación voluntaria para alcanzar un modelo estereotipado de individuo valorado socialmente y con posibilidades de triunfo social, que tiene su origen en la manipulación comunicativa. En este sentido la saturación publicitaria invade la vida de las personas y las obliga al consumo, puesto que hoy el Ser se define por la capacidad para consumir, quedando las personas a merced del imperativo consumista (Acevedo, 2010).

En el discurso publicitario actual la ciencia comienza a ser un pilar imprescindible, ya que, los anuncios se redactan como panfletos institucionales y la ciencia médica impregna los reclamos alimentarios siendo sinónimo de calidad alimentaria y sustituyendo a las empresas como fuente de confianza.

Las argumentaciones se refuerzan con la opinión o testimonio de distintas asociaciones médicas o nutricionistas, aunque también la opinión de preparadores físicos o asociaciones vegetarianas, han ido tomando relevancia (González, 2009)

En la actual clave publicitaria la alimentación es una preocupación de fondo ya que a través de ella se puede llegar a la salud, el objetivo es estar sano para poder vivir más tiempo, y para ello el secreto reside en una alimentación científica, por lo que se multiplican los productos funcionales, aquellos con componentes añadidos y una función determinada, y bajo esta tendencia funcionalista, ya no se pretende la vuelta a lo natural sino que se asegura haber conseguido una naturaleza mejorada. Ya no es suficiente con las propiedades naturales sino que es necesario completarlo con la extracción de ingredientes de otros alimentos. En la actualidad, el alimento es salud y la salud es un objetivo y es el resultado de lo que haces, no viene determinado por la suerte sino que se consigue a base de esfuerzo y cuidado. En muchos de los anuncios se incorporan las claves para llevar no solo una alimentación sana, sino también una vida sana.

La belleza, pese a seguir presente en el discurso publicitario, es un componente secundario y se asocia a la salud. La delgadez que equivalía a belleza en los noventa no sirve por sí misma, la apariencia debe ser saludable además de esbelta, y el ejercicio es imprescindible para lograr un aspecto sano. Y pese a que el envejecimiento de la población ha ido en aumento en los últimos veinte años el canon estético nos impone la juventud como modelo.

Según Álvarez (2009) en las sociedades ricas estamos pasando de la preocupación por la belleza y la delgadez corporal a la obsesión por el antienvejecimiento y la juventud eterna, a optimizar y mantener la vitalidad y a estar en forma, a mantener el bienestar en la medida de lo humanamente posible, puesto que, en la actualidad la juventud es sinónimo de modernidad, de vida y actualidad mientras que la vejez se identifica con estorbo, decrepitud e inutilidad.

Se mantiene el ideal de la belleza corporal aunque se empieza a rechazar la tiranía del aspecto físico y a denunciar las terribles consecuencias que origina la obsesión por la belleza, pero se está empezando a sublimar en forma de eterna juventud, y es que, el culto a la belleza era en el fondo una forma sutil de rehuir la evidencia de la muerte, una manera de seguir aspirando y manteniendo el ansia de inmortalidad que siempre ha constituido una idea directriz de la especie humana. El ideal de nuestra sociedad es morir con un cuerpo totalmente sano hasta que se consiga la inmortalidad corporal. La idea que late en el ambiente es el ansia universal de inmortalidad (Álvarez, 2009).

Empieza a calar la idea de que si de hecho el "deterioro" del cuerpo es un problema y si la tecnociencia permite realizar reparaciones y sustituciones de todo tipo, podemos aspirar a tener cuerpos que vivan indefinidamente y cerebros que estén en condiciones de aprender ilimitadamente. Emerge la idea de que es posible conseguir un cuerpo inmortal y se empieza a pensar que en un futuro no muy lejano los avances científicos pueden hacer real el ansia de inmortalidad. En las sociedades avanzadas se percibe la inmortalidad como una utopía realizable, se ha debilitado la creencia en la otra vida y la felicidad consiste en vivir eternamente y ya se están dando los primeros pasos para alcanzar este objetivo y uno de ellos es llevar una dieta óptima que ayude a vivir más y mejor y en el futuro conseguir la eterna juventud (Álvarez, 2009).

Sánchez Vera (2008) nos indica que es cada vez más frecuente que se hable de las sociedades longevas y macro-longevas, puesto que son una realidad, y añade que la utopía de la eterna juventud está cada vez más cercana debido a la importancia que ha adquirido la donación de órganos y la revolución biónica -La integración de la máquina en el propio cuerpo, cuyos ejemplos están en el ojo biónico para el ciego o en el brazo biónico para el amputado- que pueden abrir nuevas posibilidades de curación a muchas enfermedades, así como a la cirugía estética, que permitirá adentrarse más en el "diseño de cuerpos a la carta" y a la manipulación genética para reducir la posibilidad de enfermedades graves, porque es previsible que crezca su nivel de aceptación.

5.3. Alimentación, belleza corporal y género

La construcción social del género, según Corti (2005) ha determinado que históricamente las mujeres y, poco a poco (aunque en menor medida) los hombres, sean valorados más por su aspecto físico que por su intelecto. De ahí que su cuerpo haya llegado a ser el núcleo de sus poderes y de su valoración social y cultural. En definitiva, se trata de una nueva estrategia de segmentación y exclusión social, basada en la obsesión moderna por la perfección de la imagen corporal que ha llevado a la nueva "epidemia del culto al cuerpo". En las últimas décadas, ser físicamente perfecto se ha convertido, en uno de los objetivos principales de las sociedades desarrolladas, uno de los índices para lograr el éxito y la aceptación social.

El culto a la "belleza" y a la delgadez se impone como modelo a seguir, sobre todo por las mujeres, con el objeto de obtener aceptación, estatus, amor, reconocimiento (Bustos-Romero, 2011). Esto es debido a que la desaprobación social de la gordura está centrada principalmente en las mujeres, puesto que hay mayor presión social sobre las mujeres para ceñirse a las nociones culturales sobre ser atractivas. En este sentido, la percepción de la imagen del cuerpo está atravesada por factores sociales y culturales, ejerciendo una fuerte presión sobre las personas, pero sobre todo hacia las mujeres, puesto que, el estereotipo de género femenino establece que las mujeres son valoradas por la apariencia física, la belleza y cierto tipo de cuerpo, marcándose la extrema delgadez como el canon de "belleza" a partir del cual se alcanzará de forma mágica el éxito profesional, personal y cualquier tipo de logro (MacClansy, 1990).

Siguiendo a Crispo, Figueroa, Guelar (2001) diríamos que lo que sucede actualmente en el mundo occidental es que la cultura establece la norma de un cuerpo delgado; la biología individual suministra razones para la inadecuación a la limitación, como puede ser un cuerpo grueso; la cultura proporciona el procedimiento aceptable para modificarla, que sería comer menos; y el estatus como miembro del grupo cultural, esto es, ser mujer y poseer una autoestima dependiente de los atributos físicos, influye en el vigor

con que se persigue los procedimientos de modificación dentro de los cuales se encuentra el modo de alimentarse con el fin de conseguir un cuerpo “ideal”, ante la creencia de que lograr la transformación de la silueta significa transformarse a una misma y de este modo lograr ser segura y tener la confianza suficiente para enfrentar los desafíos que se presentan en la vida.

Respecto a la autoestima, las personas desarrollan imágenes sobre sí mismas y fabrican su propio concepto acerca de quiénes son, y el grado en que el individuo se acepta a sí mismo depende mucho de cómo la persona se perciba y se quiera tal cual es, y cuanto menos parecido a lo que la persona considere como “ideal” sea el concepto que se tiene de una misma, más baja estará su autoestima (Crispo; Figueroa; Guelar, 2001).

Las presiones de la sociedad occidental actual vinculada a diversos estereotipos de género están resultando claves en el desarrollo de una imagen corporal negativa (Calado, 2011). Aunque las mujeres siempre han tenido una socialización de género en contra de sus cuerpos, actualmente la edad de la insatisfacción corporal se ha adelantado, presentándose sentimientos de rechazo hacia el propio cuerpo desde una edad muy temprana, debido al agudizamiento de las creencias, valores y actitudes negativas sobre el cuerpo femenino, que propician conductas tendentes a modificar el cuerpo, con el fin de agradar a los otros, a costa, en muchas ocasiones, del bienestar de las propias mujeres (Muruaga, 2007).

A este respecto, Bustos-Romero (2011) afirma que la concepción del cuerpo y el atractivo físico en las mujeres cumple la función de ser para otros, ya sea para la procreación o como objeto de deseo de otras personas, mientras que en los hombres esta concepción del cuerpo y el atractivo físico se vincula con poder y control, por lo que el énfasis y valor que se le ha dado al cuerpo de las mujeres en la gran mayoría de las culturas es muy diferente al asignado al cuerpo de los hombres. La belleza física de la mujer recibe una consideración muy relevante en tanto elemento central de su identidad y objeto de deseo para otros, mientras que en los hombres el atractivo se asocia más con sus habilidades y poderes que con su complexión o aspecto físico.

Entre los factores socioculturales que influyen en la imagen corporal insatisfactoria de las mujeres se encuentran las representaciones corporales ideales estereotipadas que se transmiten a través de los diversos agentes de socialización de referencia, donde los medios de comunicación debido a su impacto han sido los más estudiados. Los estereotipos de género en general, y el ideal corporal en particular, que se transmite en los medios de comunicación, funcionan como generalizaciones incompletas y falsas que condicionan nuestra manera de ver el mundo y de interaccionar en él (Calado, 2011).

En esta línea Woolf (1991) afirma que los medios de comunicación manejan realidades virtuales que son difícilmente detectables y existe dificultad para descifrar aquellos mensajes mediáticos que vinculan la belleza con la aceptación social, el prestigio y el éxito, al utilizar palabras e imágenes cuyos significados están ocultos o son contradictorios o confusos.

Cuando a esto se suma el hecho de que se percibe que la imagen corporal ideal es alcanzable, que el cuerpo se puede esculpir para que esté dentro de los cánones de belleza, y que tener un determinado cuerpo está asociado al éxito, se encuentran los ingredientes necesarios para llevar a cabo determinados comportamientos dañinos y consumir indiscriminadamente productos que prometen llegar a conseguir ese ideal, en muchos casos irreal.

Además, esas visiones estereotipadas están asociadas con elementos de discriminación sociales (Calado, 2011). En este sentido, Faludi (1991) y Wolf (1991) indican que, el culto a la belleza funcionaría como un arma destinada a detener la progresión social de las mujeres, ya que el insistir en el cuerpo y en sus cuidados para mejorar la representación hace perder a las mujeres la confianza en sí misma y absorberlas en preocupaciones estético-narcisistas.

Para Wolf (1991), las conminaciones de la belleza constituyen un recurso para recomponer la jerarquía tradicional de los sexos, y reinstalar a las mujeres en una condición de seres que existen más por su apariencia que por su hacer social. El culto a la belleza funciona como un arma destinada a detener la progresión social de las mujeres, ya que, cuando el valor social básico de la

mujer dejó de ser la consecución de la domesticidad virtuosa, el mito de la belleza alcanzó dimensiones estratosféricas ya que el objetivo era introducir un nuevo imperativo consumista y una nueva justificación para la injusticia económica en el trabajo, allí donde los anteriores habían perdido su dominio sobre las mujeres recientemente liberadas.

La belleza es el último sistema de credo que mantiene la dominación masculina intacta, y el deseo de un cuerpo delgado por parte de la mujer puede tener significados aparentemente contradictorios, puesto que, la repulsión hacia las caderas, vientres y pechos puede ser vista como una rebelión contra la feminidad doméstica y maternal, o también, puede ser vista como un deseo de no subvertir el orden masculino con los valores propios del orden femenino y de aceptación del autocontrol que impone la norma social (Bordo, 1993).

Teniendo en cuenta, que la piedra angular de la relevancia que se asigna al cuerpo de las mujeres se encuentra estrechamente vinculada con sus funciones procreadoras y alimentadoras, así como las socio-sexuales (Bustos-Romero, 2011) la preocupación por la gordura y la dieta no sólo responde a la norma sino que funciona, utilizando conceptos de Foucault, como una poderosa estrategia de normalización, que busca la producción de cuerpos dóciles, capaces de auto-control y de auto-disciplina, dispuestos a transformarse y a mejorarse al servicio de las normas sociales y, fundamentalmente, de las relaciones de dominio y subordinación imperantes, Bordo (1993).

Respecto a la auto-disciplina, Foucault (1986) afirma que, el poder no necesita emplear la violencia física para imponer sus reglas puesto que le basta con una mirada vigilante que cada individuo llega a interiorizar, de modo que acaba por controlarse a sí mismo. De esta forma se consigue la regulación social del cuerpo femenino que ha supuesto un impacto importante en las creencias culturales, contribuyendo a construir y a promocionar un ideal de belleza femenina que afecta directamente a la socialización de los géneros en la medida en la que la delgadez femenina se convierte en un sinónimo de salud y conformidad social (Bordo, 1993).

Por tanto, las ideas sobre las prácticas alimentarias y el cuerpo reflejan, siguiendo un enfoque de género, las relaciones de poder y subordinación entre hombres y mujeres, y las causas de los trastornos de la conducta alimentaria se encontrarían, según esta perspectiva, en el menor estatus de las mujeres y su instrumentalización como objetos en las sociedades patriarcales, así como en la imagen social de las mujeres, sobre las que recae el compromiso social de ser delgadas, que se encuentra alimentado por los medios de comunicación que idealizan el cuerpo femenino anormalmente esbelto, y la presión social para que satisfagan las expectativas de los otros, si quieren ser reconocidas y aceptadas.

6.- ESTADO DE LA CUESTIÓN: Salud, alimentación y cuerpo. Algunos Datos en España.

Para obtener datos sobre Salud, alimentación y cuerpo en España se toman encuestas realizadas por organismos públicos, que ofrecen datos estadísticos sobre estos temas. En España el INE (Instituto Nacional de Estadística) publica la Encuesta Nacional de Salud en España, que incluye un apartado titulado “determinantes de la salud”, que proporciona datos sobre la obesidad, los hábitos de ejercicio y las pautas de consumo alimenticio de la población adulta española. Esta encuesta se realiza con una periodicidad quinquenal. Los últimos datos publicados corresponden al periodo 2011-2012. También podemos encontrar estos mismos datos en la Encuesta Europea de Salud en España, publicada por este mismo organismo. La última publicación tuvo lugar en el año 2010 y contiene datos recogidos en el año 2009.

En estas encuestas no se tiene en cuenta las percepciones personales de los españoles, en cuanto a su cuerpo o forma física, sin embargo, existe otra encuesta: la Encuesta sobre Hábitos Deportivos en España, que tomaremos en cuenta porque, incluye preguntas en este sentido. Se trata de un proyecto presentado por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, que se desarrolla con una periodicidad quinquenal. Su última edición es del año 2010, fruto de un convenio de colaboración entre el Consejo Superior de Deportes y el Centro de Investigaciones Sociológicas.

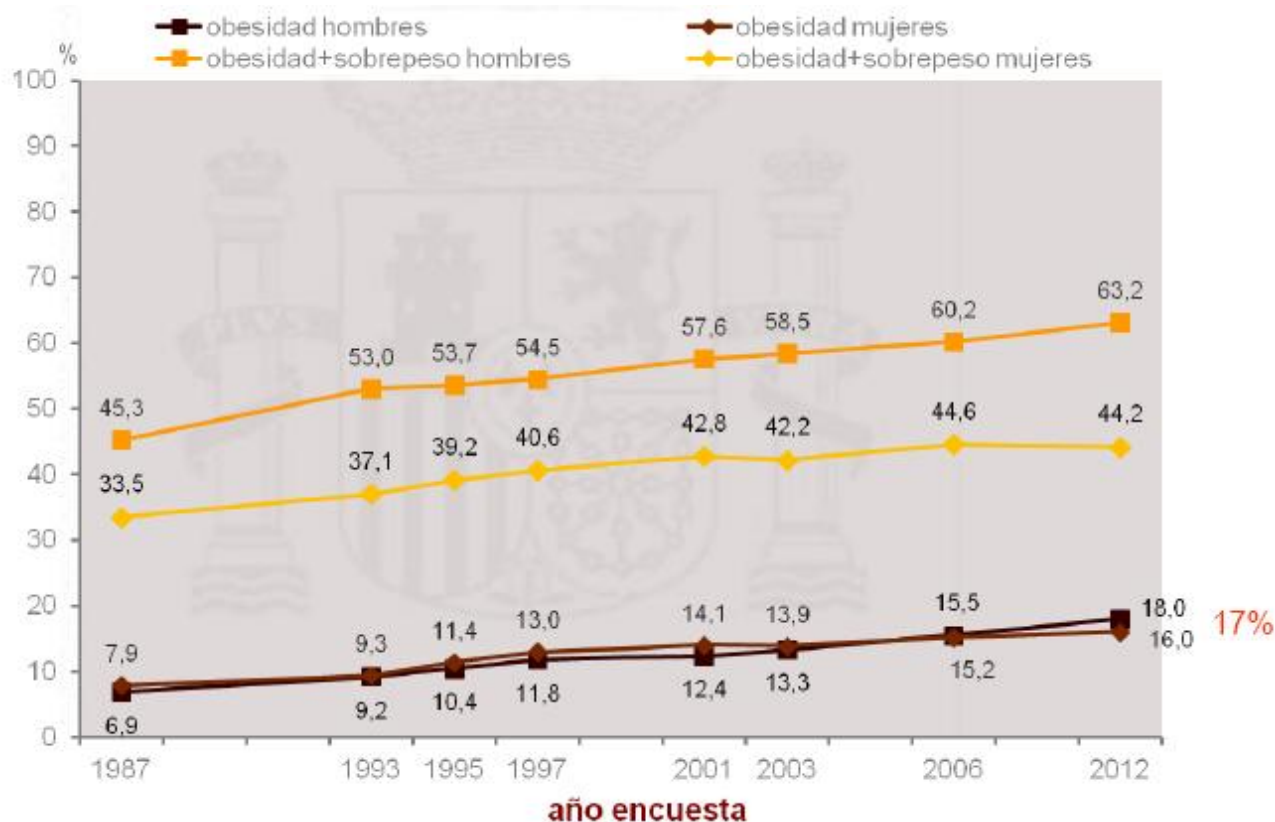
La Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) es un estudio periódico realizado por primera vez en 1987 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Desde hace 25 años recoge información sanitaria relativa a toda la población sobre el estado de salud, los determinantes personales, sociales y ambientales que determinan la salud y el uso de los servicios sanitarios. Actualmente, la ENSE se realiza conjuntamente entre el MSSSI y el Instituto Nacional de Estadística (INE) y tiene periodicidad quinquenal, alternándola cada dos años y medio con la Encuesta Europea de Salud, con la que comparte un grupo de variables armonizadas.

Los datos de la Encuesta Nacional de Salud que se presentan a continuación corresponden a 26.502 entrevistas realizadas por este organismo entre julio de 2011 y junio de 2012. En el apartado de “Determinantes de la salud” se estudian, entre otros, el sedentarismo o el exceso de peso, puesto que son considerados como factores de riesgo para enfermedades de tipo crónico (como la artrosis, la artritis o la diabetes).

Respecto a la obesidad, esta encuesta nos indica que se produce un aumento de la obesidad en adultos, en relación a los datos de encuestas anteriores los datos que nos proporciona son los siguientes:

La obesidad afectaba en el año 2012 al 17,0% de la población de 18 y más años (18,0% de los hombres y 16,0% de las mujeres). Desde la primera Encuesta Nacional de Salud en 1987, la obesidad sigue una línea ascendente en ambos sexos, más marcada en hombres que en mujeres.

Obesidad y sobrepeso adultos-evolución en población de 18 y más años



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística.

La obesidad se define como un exceso de grasa corporal por encima de los valores considerados normales, que son del 12-20% en varones y del 20-30% en mujeres adultas (Salas-Salvado, Rubio, Barbany y Moreno, 2007). Este exceso de grasa causa una reducción de la salud o de la longevidad.

El índice de masa corporal (IMC) es el índice utilizado por la mayoría de estudios epidemiológicos y el recomendado por diferentes sociedades médicas y organizaciones de salud internacionales para el uso clínico, por lo que, para definir la obesidad, se acepta como punto de corte para el IMC valores iguales o superiores a 30 kg/m².

La obesidad en España es un problema de salud pública preocupante, debido a su alta prevalencia y a su evolución (Basulto, Manera y Baladia. 2007) La obesidad se produce como consecuencia del aumento del peso corporal debido a un exceso de grasa que hace peligrar la salud. Es una enfermedad metabólica multifactorial, influida por elementos sociales, fisiológicos, metabólicos, moleculares y genéticos.

Es decir, algunas personas son más susceptibles de ganar peso debido a razones genéticas, pero aunque los factores genéticos permitan explicar un pequeño número de casos, las causas de la mayoría hay que buscarla en otros factores. El rápido y espectacular aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad experimentado en el último cuarto de siglo en España no puede ser atribuido exclusivamente a causas genéticas. Aunque los factores hereditarios sean importantes, el genoma humano no se modifica en tan poco espacio de tiempo.

De ahí que, los factores ambientales o del entorno, que están producido cambios permanentes en el estilo de vida, desempeñen un rol esencial creando el llamado entorno obesogénico -ambiente donde predomina el exceso calórico y el sedentarismo- .

Se engorda al acumularse grasa porque la energía ingerida en forma de alimentos es superior a la gastada (gasto energético) para el mantenimiento de las funciones vitales y la actividad física. Los cambios en la alimentación -la dieta es cada vez más rica en grasas y productos lácteos- y los nuevos estilos de vida cada vez más sedentarios son los principales desencadenantes en el aumento de la obesidad.

En España se ha sufrido una transición nutricional -que consiste en una serie de modificaciones, tanto cuantitativas como cualitativas, en la alimentación, vinculadas con las transformaciones económicas y sociales-. La dieta tradicional se ha sustituido rápidamente por otra con una mayor densidad energética, lo que supone la ingesta de más grasa, principalmente de origen animal, y más azúcar añadido en los alimentos, unido a una disminución de la ingesta de carbohidratos complejos y de fibra.

El problema no se debe solamente a la aparición de la denominada comida basura, también es económico. Los alimentos comercializados masivamente tienen cada vez precios más bajos, especialmente en las ciudades, y las frutas y verduras son cada vez más caras. A esto, le debemos añadir el hecho de que el frenético ritmo de vida al que se ven sometidas las familias sustrae el tiempo necesario para preparar comidas saludables en casa a diario, lo cual conduce al fácil recurso de la comida rápida.

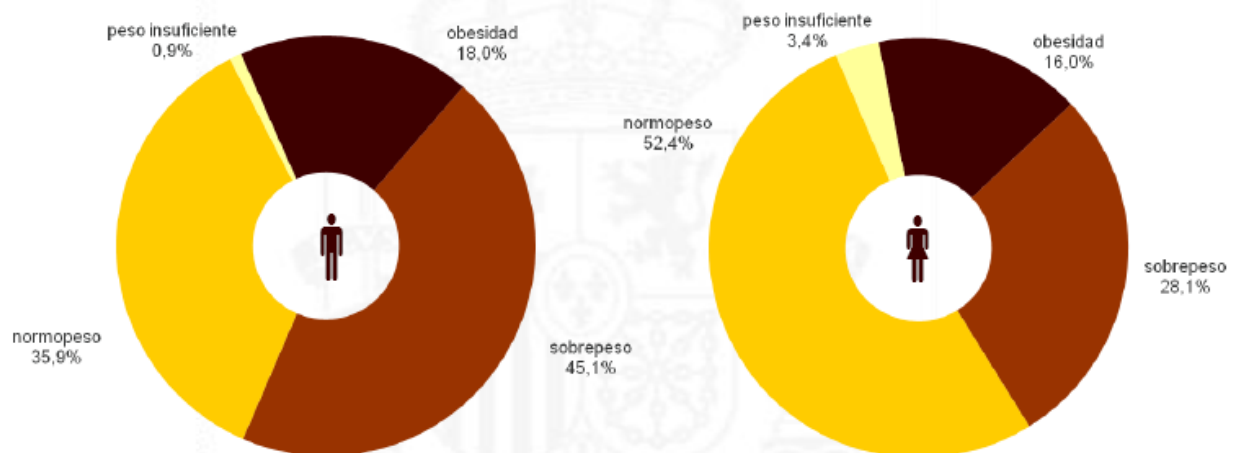
Esta transición nutricional aparece simultáneamente con la transformación de las ciudades modernas y la invasión de las nuevas tecnologías creando un entorno obesogénico, en el cual los nuevos patrones de trabajo, transporte y recreación hacen que los ciudadanos lleven una vida más sedentaria y menos activa.

El entorno urbanístico no favorece la práctica de actividad física y hay grandes intereses económicos en la promoción de conductas sedentarias y el sobreconsumo de determinados alimentos.

Las grandes multinacionales de la bebida y de la alimentación potencian la inactividad y sus estrategias de marketing van dirigidas a los más pequeños, para establecer desde la más tierna infancia preferencia por sus marcas. (Santos Muñoz, 2005).

Los datos de la Encuesta Nacional de Salud son claros, mientras que en 1987 el 7,4% de la población de 18 y más años tenía un índice de masa corporal igual o superior a 30 kg/m² (límite para considerar obesidad), en 2012 este porcentaje superaba el 17%. Un 53,7% de la población mayor de 18 años, padecía obesidad o sobrepeso (63.15% en hombres y 44.18% en mujeres).

Índice de masa corporal (IMC) adultos: Población de 18 y más años



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística.

La obesidad en España es más frecuente a mayor edad, excepto en mayores de 74 años, tal y como puede verse en la tabla siguiente, que nos indica la distribución porcentual del índice de masa corporal en la población adulta española, según sexo y grupo de edad (según los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2012).

Tabla 1: Índice de masa corporal en población adulta
Distribución porcentual según sexo y grupo de edad.
Población de 18 y más años.

	TOTAL	PESO INSUFICIENTE (IMC < 18,5 KG/M2)	NORMOPESO (18,5 KG/M2 <= IMC < 25 KG/M2)	SOBREPESO (25 KG/M2 <= IMC < 30 KG/M2)	OBESIDAD (IMC >= 30 KG/M2)
AMBOS SEXOS					
TOTAL	100,0	2,2	44,2	36,7	17,0
de 18 a 24 años	100,0	8,2	70,0	16,3	5,5
de 25 a 34 años	100,0	3,2	57,3	29,4	10,1
de 35 a 44 años	100,0	1,4	47,4	36,9	14,4
de 45 a 54 años	100,0	1,3	40,1	38,3	20,3
de 55 a 64 años	100,0	0,8	31,6	44,9	22,8
de 65 a 74 años	100,0	0,6	26,0	46,6	26,8
de 75 a 84 años	100,0	0,9	26,9	46,6	25,5
de 85 y más años	100,0	3,4	39,7	40,8	16,1
HOMBRES					
TOTAL	100,0	0,9	35,9	45,1	18,0
de 18 a 24 años	100,0	4,1	70,1	20,3	5,5
de 25 a 34 años	100,0	1,2	48,1	39,5	11,2
de 35 a 44 años	100,0	0,7	34,3	48,8	16,3
de 45 a 54 años	100,0	0,4	29,6	46,2	23,9
de 55 a 64 años	100,0	0,1	23,4	52,8	23,7
de 65 a 74 años	100,0	0,3	21,7	52,4	25,6
de 75 a 84 años	100,0	0,2	22,1	55,4	22,4
de 85 y más años	100,0	3,2	39,6	42,1	15,1
MUJERES					
TOTAL	100,0	3,4	52,4	28,1	16,0
de 18 a 24 años	100,0	12,4	69,9	12,2	5,5
de 25 a 34 años	100,0	5,3	66,9	18,9	9,0
de 35 a 44 años	100,0	2,2	61,6	23,9	12,4
de 45 a 54 años	100,0	2,3	50,8	30,3	16,6
de 55 a 64 años	100,0	1,4	39,8	37,0	21,8
de 65 a 74 años	100,0	0,8	30,1	41,1	27,9
de 75 a 84 años	100,0	1,5	31,0	39,4	28,2
de 85 y más años	100,0	3,6	39,8	39,9	16,7

Notas:

Índice de masa corporal IMC = [peso (Kg) / estatura (m) al cuadrado]

Fuente: MSSSI e INE

En la población española mayor de 65 años y hasta el umbral de los 75 años, la prevalencia de obesidad experimenta un significativo incremento en relación con edades más jóvenes.

Existe una evidencia clara de la relación entre obesidad y enfermedad cardiovascular y cáncer, que son las principales causas de mortalidad en los países industrializados. No sólo la cantidad de grasa corporal sino también su

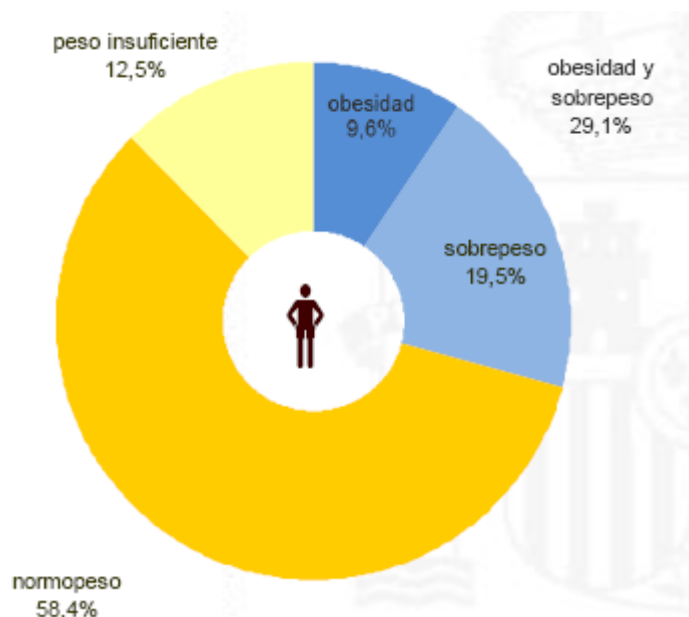
distribución, tienen un papel importante en la predisposición a padecer estas enfermedades. Por este motivo, es conveniente controlar la alimentación de las personas mayores con objeto de evitar el sobrepeso y la obesidad. Pero teniendo en cuenta, en este sentido, que restricciones calóricas para fomentar la pérdida de peso o impedir su aumento, podrían comprometer la ingestión adecuada de nutrientes.

Además, se ha observado que la menor esperanza de vida está relacionada no sólo con valores altos de IMC, sino también con valores por debajo del normopeso y que aquellos individuos que tienen variaciones importantes de peso presentan una esperanza de vida menor que los que presentan un peso estable, aunque tengan sobrepeso. (Garaulet, Puy, Pérez Llamas, Cuadrado, Leis y Moreno, 2008).

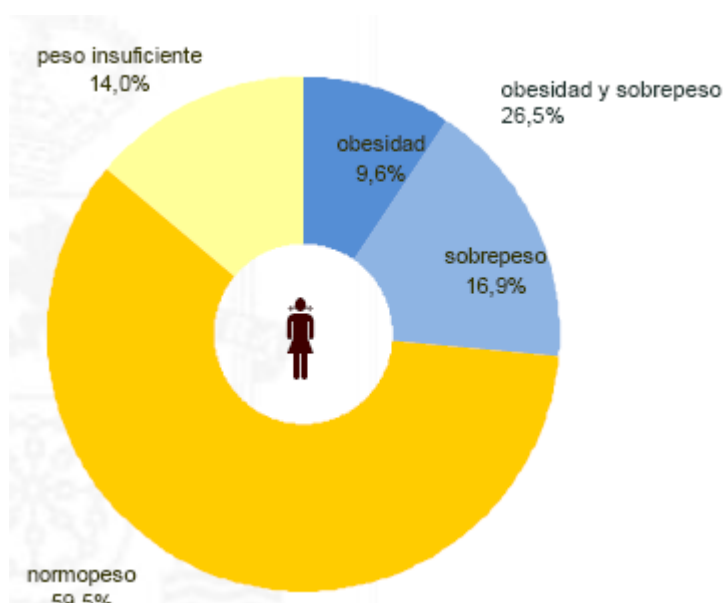
Por otro lado, tal y como puede comprobarse en la tabla anterior, destaca la prevalencia de peso insuficiente en mujeres de 18 a 24 años: 12,4%, frente al 4,1% de los hombres de su mismo grupo de edad. Dentro de los errores nutricionales más frecuentes en la alimentación del adolescente figuran las dietas restrictivas, debido a que puede aparecer una preocupación excesiva por la imagen corporal, basándose en un determinado ideal de belleza, iniciándose así los regímenes para adelgazar que conducen a una ingesta insuficiente de muchos nutrientes, sobre todo en mujeres. Además, estas personas incrementan la actividad física o incluso inician conductas purgativas para el mantenimiento del peso. Existiendo el riesgo de que esta práctica conduzca a un verdadero trastorno de la conducta alimentaria. (Marugán, Monasterio, y Pavón, 2010)

Respecto, a la prevalencia de obesidad infantil (dos a 17 años), según los datos de la Encuesta Nacional de Salud, se mantiene relativamente estable desde 1987, con altibajos. Un 27,8% de esta población, padecía, en 2012, obesidad o sobrepeso. (18.3% sobrepeso y el 9.6% obesidad) Uno de cada 10 niños presentaba obesidad y dos sobrepeso, similar en ambos sexos.

Índice de masa corporal (IMC) infantil: Población de 2 a 17 años



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística.

La obesidad y el sobrepeso presentes durante la infancia y la adolescencia pueden ser causa de hipertensión y complicaciones vasculares en etapas vitales posteriores, pudiendo contribuir asimismo a la aparición de trastornos locomotores, complicaciones respiratorias, inmunológicas y gástricas así como a diferentes alteraciones de la conducta como la merma de la autoestima y otros conflictos -derivados de la discriminación y estigmación que pueden sufrir-.

El deterioro paulatino de la calidad de la dieta ingerida y una insuficiente práctica de la actividad de los niños españoles provoca este aumento del sobrepeso y la obesidad. En la dieta infantil se han producido unos cambios que están caracterizados, al igual que en el caso de los adultos, por una mayor densidad energética. Se incrementa la ingestión de grasa saturada (sobre todo a partir de alimentos de origen animal) y de grasa hidrogenada, y se reduce el consumo de carbohidratos complejos y fibra así como de la ingestión de frutas y verduras. Todo ello acompañado del aumento de los tamaños de las porciones de los alimentos y del predominio de la inactividad física (Martínez; Villarino; García; Calle y Marrodán, 2013).

En la otra cara de la moneda, si nos fijamos en la siguiente tabla, que muestra la distribución porcentual del índice de masa corporal en la población infantil (de 2 a 17 años), según sexo y grupo de edad, podemos comprobar que hay un 9.4 % de población de 10 a 14 años y un 9.2% de población de 15 a 17 años con peso insuficiente, que no se distribuye por igual entre hombres y mujeres, puesto que un 8.2% de los hombres de 10 a 14 años presenta peso insuficiente mientras que en el caso de las mujeres asciende a 10.7 %, siendo en el rango de edad de 15 a 17 años el 7.1% de los hombres frente al 11,7 % de las mujeres los que presentan un peso insuficiente.

Tabla 2. Índice de masa corporal en población infantil

Distribución porcentual según sexo y grupo de edad.

Población de 2 a 17 años.

	TOTAL	PESO INSUFICIENTE	NORMOPESO	SOBREPESO	OBESIDAD
AMBOS SEXOS					
TOTAL	100,0	13,2	59,0	18,3	9,6
de 2 a 4 años	100,0	25,9	44,0	11,3	18,8
de 5 a 9 años	100,0	12,2	50,7	22,3	14,7
de 10 a 14 años	100,0	9,4	67,8	19,2	3,7
de 15 a 17 años	100,0	9,2	72,6	16,4	1,9
HOMBRES					
TOTAL	100,0	12,5	58,4	19,5	9,6
de 2 a 4 años	100,0	23,8	45,1	12,1	19,0
de 5 a 9 años	100,0	13,6	51,9	20,9	13,6
de 10 a 14 años	100,0	8,2	65,5	21,9	4,3
de 15 a 17 años	100,0	7,1	70,8	19,8	2,4
MUJERES					
TOTAL	100,0	14,0	59,5	16,9	9,6
de 2 a 4 años	100,0	28,3	42,8	10,3	18,6
de 5 a 9 años	100,0	10,8	49,4	23,9	16,0
de 10 a 14 años	100,0	10,7	70,2	16,2	3,0
de 15 a 17 años	100,0	11,7	74,5	12,5	1,3

Notas:

Índice de masa corporal IMC = [peso (Kg) / estatura (m) al cuadrado]

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística.

La insatisfacción que los adolescentes españoles experimentan con el peso y su propia figura (propiciado por el hedonismo, el culto al cuerpo y la entronización de la delgadez, que se están convirtiendo en valores socioculturales predominantes, amplificados por los medios de comunicación) se inicia en la adolescencia temprana y puede conllevar una preocupación por el control del peso en esta etapa, de forma más marcada en las mujeres que en los hombres. Las mujeres jóvenes están más expuestas al riesgo de estas presiones culturales debido a que su sentido de la autoestima se basa, de una forma mayor, en la aprobación externa y en la apariencia física (Corti, 2005).

El ideal estético corporal propuesto por la sociedad occidental y masificado por los medios de comunicación, internalizado por la mayoría de las mujeres, preconiza que ser bella es igual a ser delgada, lo que muchas veces es biogenéticamente difícil de conseguir, facilitando la discrepancia entre el tamaño corporal real y el ideal, generando de este modo, la insatisfacción corporal (Raich, 2001).

De esta forma, la internalización opera como un componente central en el desarrollo de la insatisfacción corporal que ocurre a una edad temprana en algunas niñas (Koblenzer, 2003).

Por tanto, nos encontramos que debido al cambio de las condiciones socioeconómicas y nutricionales, en España, al igual que en otros países industrializados, se ha producido un incremento en la prevalencia de la obesidad, al mismo tiempo que las presiones sociales y culturales para mantener una silueta corporal delgada han aumentado significativamente (Zipfel; Lowe y Herzog, 2000).

La preocupación de los adolescentes en cuanto a la necesidad de perfección de su aspecto físico se acentúa como consecuencia de la presión social, que se ejerce desde todos los ámbitos relacionados con el individuo, y que introduce un mensaje de cómo debe ser el cuerpo ideal cuya consecución traerá el éxito tanto personal como profesional en la vida. (López; Solé y Cortés, 2008).

La figura esbelta se valoriza positivamente como sinónimo de éxito, poder, valía, atractivo e inteligencia mientras que la gordura se homologa negativamente con enfermedad, fealdad, flojera, incapacidad e ineficiencia, y discrimina a los sujetos con sobrepeso u obesos. Implícita y explícitamente se transmite el mensaje, construyendo la noción de delgadez el modelo corporal a perseguir para alcanzar el triunfo, personal, profesional y social (Behar, 2010).

La Encuesta Nacional de Salud de 2012 también nos ofrece datos relativos a la distribución porcentual del índice de masa corporal según sexo y clase social. Tal y como puede comprobarse en la tabla que se expone a continuación, la obesidad crece según se desciende en la escala social, de 8,9% en la clase I (Directoras/es y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariadas/os y profesionales tradicionalmente asociadas/os a licenciaturas universitarias) a 21,6% en la clase VI (trabajadoras/es no cualificados.). El peso insuficiente, sin embargo, se mantiene en un porcentaje similar en ambos grupos (2,8% en la clase I y 2,2% en la clase VI).

Tabla 3: Índice de masa corporal en población adulta

Distribución porcentual según sexo y clase social basada en la ocupación de la persona de referencia.

Población de 18 y más años.

	TOTAL	PESO INSUFICIENTE (IMC < 18,5 KG/M2)	NORMOPESO (18,5 KG/M2 ≤ IMC < 25 KG/M2)	SOBREPESO (25 KG/M2 ≤ IMC < 30 KG/M2)	OBESIDAD (IMC ≥ 30 KG/M2)
AMBOS SEXOS					
TOTAL	100,0	2,2	44,2	36,7	17,0
I	100,0	2,8	52,6	35,7	8,9
II	100,0	2,6	52,7	32,9	11,8
III	100,0	1,8	47,7	35,9	14,7
IV	100,0	1,9	42,2	39,9	16,1
V	100,0	2,1	39,7	37,8	20,4
VI	100,0	2,2	41,4	34,9	21,6
NO CONSTA	100,0	4,1	38,6	33,6	23,7
HOMBRES					
TOTAL	100,0	0,9	35,9	45,1	18,0
I	100,0	0,4	39,7	48,5	11,4
II	100,0	0,4	44,6	43,6	11,4
III	100,0	0,3	35,3	46,8	17,6
IV	100,0	1,1	36,5	46,0	16,4
V	100,0	1,3	32,2	44,8	21,8
VI	100,0	0,9	36,9	41,6	20,6
NO CONSTA	100,0	5,2	39,3	34,2	21,4
MUJERES					
TOTAL	100,0	3,4	52,4	28,1	16,0
I	100,0	5,6	67,3	21,0	6,1
II	100,0	4,6	59,9	23,4	12,1
III	100,0	3,1	59,2	25,8	11,9
IV	100,0	2,9	49,4	32,1	15,6
V	100,0	2,9	47,9	30,2	19,0
VI	100,0	3,2	45,0	29,6	22,3
NO CONSTA	100,0	3,6	38,3	33,4	24,8

Notas:

Índice de masa corporal IMC = [peso (Kg) / estatura (m) al cuadrado]

Clase social ocupacional: Las 6 utilizadas son las siguientes:

I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.

II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.

III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.

IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas.

V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as.

VI. Trabajadores no cualificados

Fuente: MSSSI e INE

Los grupos sociales más ricos y educados adquieren antes hábitos de vida saludables, de manera que en ellos disminuyen los factores de riesgo de obesidad, mientras que éstos se mantienen elevados en las capas sociales desfavorecidas. La educación, o más bien su escasez, junto con la renta disponible son componentes principales de la clase social e indicadores de privación material y social (Cabrera 2009). Aunque el nivel de ocupación no indica el nivel de remuneración, es fácil suponer que la educación favorece un

mejor estatus socioeconómico a través de mejores puestos de trabajo y mayores ingresos (Abellán y Pujol, 2013).

Respecto a las pautas de ejercicio, la encuesta nos indica que los hombres hacían más ejercicio que las mujeres. En concreto nos proporciona los datos siguientes, para el periodo de tiempo indicado:

Cuatro de cada 10 personas (41,3%) se declaraba sedentaria (no realizaba actividad física alguna en su tiempo libre) uno de cada tres hombres (35,9%) y casi una de cada dos mujeres (46,6%), tal y como indica la tabla siguiente:

Tabla 4: Sedentarismo: Distribución porcentual según sexo y grupo de edad

AMBOS SEXOS			
TOTAL	100,0	41,3	58,7
de 0 a 4 años	100,0	50,3	49,7
de 5 a 14 años	100,0	12,1	87,9
de 15 a 24 años	100,0	35,2	64,8
de 25 a 34 años	100,0	41,4	58,6
de 35 a 44 años	100,0	44,5	55,5
de 45 a 54 años	100,0	46,0	54,0
de 55 a 64 años	100,0	43,3	56,7
de 65 a 74 años	100,0	42,2	57,8
de 75 a 84 años	100,0	56,2	43,8
de 85 y más años	100,0	76,9	23,1
HOMBRES			
TOTAL	100,0	35,9	64,1
de 0 a 4 años	100,0	46,2	53,9
de 5 a 14 años	100,0	8,2	91,8
de 15 a 24 años	100,0	21,4	78,7
de 25 a 34 años	100,0	35,0	65,0
de 35 a 44 años	100,0	39,0	61,1
de 45 a 54 años	100,0	46,3	53,7
de 55 a 64 años	100,0	43,2	56,9
de 65 a 74 años	100,0	36,0	64,0
de 75 a 84 años	100,0	49,5	50,5
de 85 y más años	100,0	66,2	33,8
MUJERES			
TOTAL	100,0	46,6	53,4
de 0 a 4 años	100,0	54,8	45,2
de 5 a 14 años	100,0	16,3	83,8
de 15 a 24 años	100,0	49,5	50,5
de 25 a 34 años	100,0	48,0	52,0
de 35 a 44 años	100,0	50,2	49,8
de 45 a 54 años	100,0	45,7	54,4
de 55 a 64 años	100,0	43,5	56,5
de 65 a 74 años	100,0	47,5	52,5
de 75 a 84 años	100,0	60,8	39,2
de 85 y más años	100,0	82,6	17,4

Fuente: MSSSI e INE

Cuando nos referimos a la actividad física estamos considerando cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que produce un gasto energético por encima de la tasa de metabolismo basal (Bouchar 1994), e incluye actividades de la rutina diaria, como son las tareas del hogar, ir a la compra o trabajar. Mientras que el ejercicio físico se define como una actividad física planificada, estructurada y repetitiva que tiene por objetivo, o bien, estar en forma, o bien, mejorar o mantener uno o más componentes de la condición física.

El sedentarismo es el resultado de una serie de elementos, como los sistemas de transporte o los sistemas de comunicación, que han ido conformando una cultura del hombre quieto que tiende a arraigarse en la sociedad, perjudicando la salud de los individuos, sin distinción de género, edad, situación geográfica, clase social, nivel educativo o cultural, si bien, en el caso de las mujeres el trabajo doméstico las aleja en parte del sedentarismo, los electrodomésticos en las viviendas han reducido de forma muy apreciable la necesidad de desarrollar trabajo físico. En general, la sociedad actual no favorece la actividad física, y ha fomentado el sedentarismo (Jackson, 2003).

Considerando tanto la actividad principal como el tiempo libre, el 40,9% de los adultos (15-69 años) realizaba actividad física intensa o moderada, 49,4% de los hombres y 32,4% de las mujeres.

Actividad física: Población de 15-16 años.

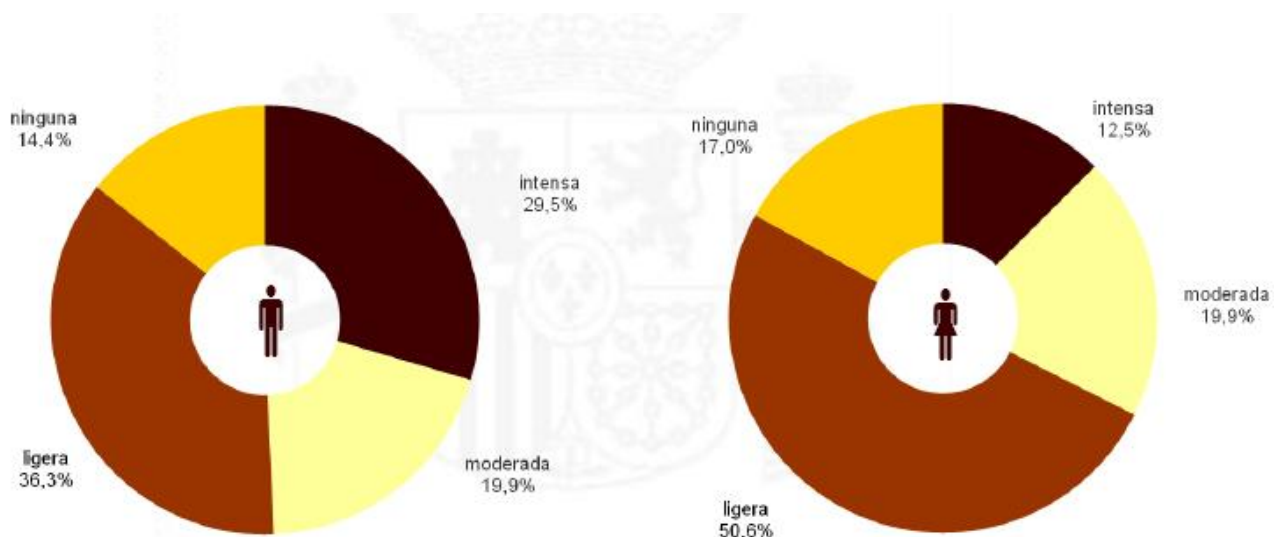


Tabla 5: Actividad física realizada durante los últimos 7 días

Distribución porcentual según sexo y grupo de edad.

Población de 15 a 69 años.

	TOTAL	ACTIVIDAD FÍSICA INTENSA	ACTIVIDAD FÍSICA MODERADA	ACTIVIDAD FÍSICA LIGERA	NO REALIZA NINGUNA ACTIVIDAD
AMBOS SEXOS					
TOTAL	100,0	21,0	19,9	43,4	15,7
DE 15 A 24 AÑOS	100,0	35,9	19,0	32,8	12,3
DE 25 A 34 AÑOS	100,0	28,1	18,7	38,3	14,9
DE 35 A 44 AÑOS	100,0	23,0	19,7	41,0	16,2
DE 45 A 54 AÑOS	100,0	14,6	20,4	47,1	17,9
DE 55 A 69 AÑOS	100,0	9,2	21,2	53,7	15,9
HOMBRES					
TOTAL	100,0	29,5	19,9	36,3	14,4
DE 15 A 24 AÑOS	100,0	52,0	17,9	21,5	8,6
DE 25 A 34 AÑOS	100,0	39,7	18,9	27,7	13,7
DE 35 A 44 AÑOS	100,0	32,5	19,9	32,8	14,8
DE 45 A 54 AÑOS	100,0	19,6	21,0	41,1	18,3
DE 55 A 69 AÑOS	100,0	11,0	20,9	53,6	14,5
MUJERES					
TOTAL	100,0	12,5	19,9	50,6	17,0
DE 15 A 24 AÑOS	100,0	19,0	20,2	44,7	16,2
DE 25 A 34 AÑOS	100,0	16,1	18,5	49,3	16,2
DE 35 A 44 AÑOS	100,0	13,2	19,5	49,7	17,7
DE 45 A 54 AÑOS	100,0	9,7	19,8	53,1	17,5
DE 55 A 69 AÑOS	100,0	7,5	21,5	53,8	17,2

Notas:

1.- Hace referencia al máximo grado de actividad realizada.

Fuente: MSSSI e INE

En las sociedades industriales y urbanas existe una escisión entre el trabajo y tiempo libre de las poblaciones. El tiempo dedicado a realizar actividades productivas se encuentra claramente separado del tiempo dedicado a realizar actividades de ocio. El carácter difuso, amplio y personal del ocio, hace que el número de actividades que pueden ser ocio sea enorme. Sue (1982) hace una clasificación de las actividades de tiempo libre vividas como actividades de ocio, distinguiendo entre las actividades de ocio de índole cultural - orientadas al desarrollo de actividades y conocimientos intelectuales, tales como lectura de libros, asistencia al teatro y conciertos, exposiciones y museos u otras actividades más modernas de carácter cultural como la televisión, la radio, el cine, la fotografía y todas las que giran en torno al ocio digital - ; de índole social -que giran en torno a las relaciones interpersonales y el asociacionismo entre las que se encuentran la vida familiar o las relaciones con amigos- ; de

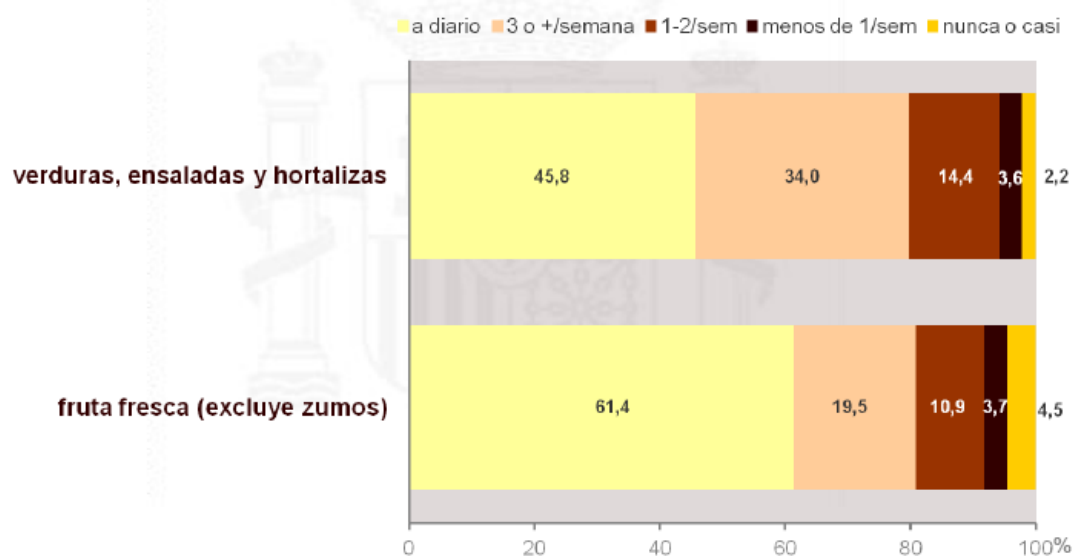
índole práctica -que comportan conductas que tienen una finalidad utilitaria, tales como trabajos de jardinería y de bricolaje y otras actividades domésticas sin ánimo de lucro- y de índole física -orientadas al logro del descanso personal y al restablecimiento del equilibrio psicológico, siendo las más frecuentes las que revisten un carácter físico-deportivo-.

La práctica físico-deportiva de manera continuada y regular, con una intensidad adecuada reporta beneficios a nivel físico, psicológico y social. Y aunque existe en España un incipiente aumento de la demanda social de actividad física impulsada por la nueva conciencia general respecto a la salud y el culto al cuerpo (Moreno-Murcia, 2012) aún existe un predominio de las personas sedentarias frente a las físicamente activas, tal y como nos indican las tablas anteriores.

Respecto a las pautas de consumo de frutas, verduras y otros alimentos, para el periodo temporal 2011-2012, la encuesta nos proporciona los datos siguientes:

El 61,4% de la población (uno y más años) consumía fruta a diario y el 45,8%, verduras a diario.

Consumo de fruta y verdura: Población de 1 y más años.



Fuente: MSSSI e INE

El consumo diario de estos alimentos desciende desde los primeros años de vida hasta el grupo de 15 a 24 años, y después vuelve a aumentar hasta el grupo de 75 y más años, volviendo a descender.

En 2012 el 12,5% de la población consumía refrescos con azúcar a diario, menos que en 2006 (17,2%), y el 2,1% declaraba que consumía comida rápida diariamente. La dieta en España, ha evolucionado, en las últimas cinco décadas hacia patrones más occidentalizados, se han reducido considerablemente el consumo de algunos alimentos característicos de la dieta mediterránea tradicional, dejando de ser predominantemente vegetariana, tal y como era en los años sesenta, y produciéndose, desde el punto de vista nutricional, un enriquecimiento de la grasa saturada, la sal y los azúcares.

Tabla 6: Patrón de consumo de determinados alimentos

Distribución porcentual según sexo y grupo de edad.

Población de 1 y más años.

FRUTA FRESCA (EXCLUYE ZUMOS)						
			TRES O MÁS VECES A LA SEMANA, PERO NO A DIARIO	UNA O DOS VECES A LA SEMANA	MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA	NUNCA O CASI NUNCA
AMBOS SEXOS						
TOTAL	100,0	61,4	19,5	10,9	3,7	4,5
de 1 a 4 años	100,0	68,8	19,8	6,6	2,4	2,4
de 5 a 14 años	100,0	60,3	21,9	10,5	3,1	4,2
de 15 a 24 años	100,0	41,7	25,3	18,0	6,2	8,9
de 25 a 34 años	100,0	48,5	22,5	16,0	6,1	6,9
de 35 a 44 años	100,0	57,0	22,1	12,3	4,0	4,7
de 45 a 54 años	100,0	62,4	19,3	9,6	4,0	4,8
de 55 a 64 años	100,0	74,2	13,4	7,5	2,5	2,3
de 65 a 74 años	100,0	77,6	13,6	5,9	1,4	1,4
de 75 y más años	100,0	78,3	13,6	5,1	1,2	1,9
HOMBRES						
TOTAL	100,0	57,9	20,6	12,0	4,2	5,3
de 1 a 4 años	100,0	69,0	19,7	6,5	2,5	2,2
de 5 a 14 años	100,0	60,3	21,9	10,0	3,4	4,4
de 15 a 24 años	100,0	39,6	24,3	17,7	7,1	11,3
de 25 a 34 años	100,0	43,7	22,6	18,6	6,6	8,5
de 35 a 44 años	100,0	52,9	24,1	13,9	4,3	4,8
de 45 a 54 años	100,0	59,1	20,1	11,0	4,3	5,6
de 55 a 64 años	100,0	71,0	14,2	8,7	3,4	2,8
de 65 a 74 años	100,0	74,6	16,8	6,2	1,3	1,2
de 75 y más años	100,0	75,0	16,1	5,4	1,2	2,3
MUJERES						
TOTAL	100,0	64,8	18,4	9,7	3,3	3,8
de 1 a 4 años	100,0	68,6	19,9	6,7	2,2	2,7
de 5 a 14 años	100,0	60,3	21,9	11,1	2,8	3,9
de 15 a 24 años	100,0	43,9	26,2	18,3	5,3	6,3
de 25 a 34 años	100,0	53,4	22,4	13,3	5,6	5,4
de 35 a 44 años	100,0	61,2	20,0	10,6	3,6	4,7
de 45 a 54 años	100,0	65,6	18,5	8,2	3,7	4,0
de 55 a 64 años	100,0	77,3	12,7	6,4	1,7	1,9
de 65 a 74 años	100,0	80,2	10,9	5,7	1,6	1,6
de 75 y más años	100,0	80,4	11,9	4,9	1,2	1,6

La dieta media española se ha ido alejando del patrón de dieta mediterránea tradicional y se ha ido adhiriendo paulatinamente a la tendencia de hábitos de consumo de alimentos del resto de países desarrollados, sustituyéndose alimentos tradicionales (pan, patatas, leguminosas) por alimentos preparados más complejos desde un punto de vista nutricional (Valera, 1985).

El cambio alimentario en la población se produce debido a una serie de determinantes que afectan a la elección de alimentos entre los que se encuentran los determinantes biológicos -como el hambre, el apetito y el sentido del gusto-; los determinantes económicos -como el coste, los ingresos y la disponibilidad en el mercado-; los determinantes físicos -como el acceso, la educación, las capacidades personales (por ejemplo, para cocinar) y el tiempo disponible-; los determinantes sociales -como la cultura, la familia, los compañeros de trabajo y los patrones de alimentación-; los determinantes psicológicos -como el estado de ánimo, el estrés y la culpa- ; los determinantes actitudinales -creencias y conocimientos en materia de alimentación-. Todos ellos hacen que la elección de los alimentos sea un asunto complejo (Fernández, 2005).

Respecto a los determinantes biológicos de la elección de alimentos, hay que considerar por un lado los alimentos como fuente de nutrición, en este sentido la elección de los mismos responde a las sensaciones de hambre y saciedad, y por otro, los alimentos como fuente de placer, la estimulación sensorial que produce la ingestión de un alimento -por su sabor, aroma, textura y aspecto- influye, también, en la conducta alimentaria.

Los determinantes económicos constituyen otro factor importante en la elección de los alimentos, el disponer de mayores recursos económicos aumenta la variedad de los alimentos entre los que elegir, pero esto no se traduce, por sí mismo, en una alimentación de mayor calidad. Lo que la gente come se ve conformado y limitado por circunstancias que, en esencia, son sociales y culturales.

Las influencias sociales y culturales conducen a diferencias en el consumo habitual de determinados alimentos y en las costumbres de preparación de los mismos. La interacción con otras personas hace que se desarrollen actitudes y hábitos que influyen en la elección de los alimentos, bien por el aprendizaje a partir de la conducta de otros o por la transferencia de creencias.

Por otro lado, existe la influencia de los determinantes psicológicos, factores como el estrés influyen en la ingesta de alimentos, en situaciones estresantes las cantidades ingeridas se alejan de las normales –por exceso o por defecto, dependiendo del individuo-. En relación al estado de ánimo, los alimentos tienen influencia sobre el estado de ánimo y el estado de ánimo ejerce una gran influencia sobre la elección de alimentos. Consumir los alimentos que gustan puede animar y hacer sentir satisfecho y relajado. Y por el contrario, en ocasiones, comer los alimentos favoritos puede provocar sentimientos negativos de culpa y remordimiento.

Las pautas apuntadas por los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2012 ya se observaban en la última Encuesta Europea de Salud, realizada en el año 2009. En concreto los resultados que se obtenían entonces respecto a los determinantes de la salud considerados anteriormente son los siguientes:

Respecto a la obesidad y el sobrepeso más de la mitad de las personas de 18 ó más años estaba por encima del peso considerado como normal. Este problema afectaba en mayor medida a los hombres (62,8%) que a las mujeres (44,6%). El porcentaje de personas con obesidad alcanzaba el 16,0% y el de sobrepeso el 37,7%. La obesidad se acrecentaba con la edad en ambos sexos (afectando al 22,7% de hombres y al 23,7% de las mujeres mayores de 54 años) y siendo más frecuente en hombres que en mujeres, salvo en los mayores de 65 años. En sentido contrario, cabía destacar que el 8,4% de las personas de 18 a 24 años tenían peso insuficiente. Por sexo, el porcentaje aumentaba al 13,3% en el caso de las mujeres, frente al 3,6% de los hombres de este tramo de edad.

Respecto a los hábitos saludables, en 2009 el 24,9% de los adultos de 16 o más años hicieron ejercicio físico intenso de manera habitual (en los últimos siete días). Y otro 34,5% hizo ejercicio moderado, ya fuera en su trabajo o en actividades de ocio. Las mujeres hicieron ejercicio físico intenso con menor frecuencia que los varones (15,7% frente a 34,4%). Pero, en cambio, practicaban más el ejercicio moderado (42,7% frente a 26,0%). El 28,6% de la población de 16 y más años desarrolló sólo alguna actividad ligera y el 12,1% declaró no realizar ninguna actividad física.

En cuanto a la alimentación, la Encuesta Europea de Salud del 2009 destacaba un consumo de frutas y verduras mayor al detectado posteriormente por la Encuesta Nacional de Salud de 2012. Siete de cada 10 personas afirmaban comer fruta al menos una vez al día; y seis de cada 10 verduras. El 66,3% de los hombres y el 74,8% de las mujeres consumían una o dos veces al día fruta. Dicho consumo incrementaba su frecuencia con la edad. Así, sólo cinco de cada 10 jóvenes de 16 a 24 años consumían fruta diariamente, frente a nueve de cada 10 mayores de 64 años. Por su parte, el 7,3% de la población tomaba fruta menos de una vez a la semana. El consumo de verduras era algo inferior al de fruta, y seguía el mismo patrón de consumo por sexo y edad.

Ambas encuestas nos dan datos obtenidos a través de la utilización de cuestionarios que, entre otros datos, recogen la talla y el peso. El índice de masa corporal (IMC) que se calcula a partir de estos datos auto-declarados, se utiliza después para estimar la prevalencia de sobrepeso y obesidad a nivel poblacional. Este procedimiento resulta más sencillo y económico que un estudio antropométrico a gran escala. Sin embargo, los datos auto-referidos pueden ser inexactos y sesgar el resultado de la evaluación nutricional, a pesar de ello, en España no son habituales los estudios antropométricos que realicen una medición física del peso y la estatura (Martínez; Villarino; García; Calle; Marrodán, 2013).

Por otro lado, en estas encuestas no se recogen datos sobre las percepciones personales de los españoles en cuanto al propio cuerpo y la forma física, por lo que, a continuación, se hace referencia a la Encuesta sobre Hábitos Deportivos en España que incluye en su cuestionario preguntas en este sentido.

La Encuesta sobre Hábitos Deportivos en España es un proyecto que presenta el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Se trata de una investigación por muestreo de periodicidad quinquenal dirigida a personas de 15 años en adelante residentes en España, con la finalidad de proporcionar los principales indicadores relativos a los hábitos y prácticas deportivas de los españoles.

La última encuesta publicada contiene los datos obtenidos en el año 2010 y durante el año 2015 se hará la recogida de datos individuales, pasando los cuestionarios a la muestra, y los datos obtenidos se publicaran en el año 2016. El proyecto del año 2015 se presenta por primera vez al Consejo Superior de Estadística para su dictamen preceptivo.

En su última edición, la Encuesta de Hábitos Deportivos en España 2010, incorporaba un apartado relativo a la Autoevaluación de la forma física y la percepción del peso corporal. Los datos obtenidos mostraban que tanto la población laboral como la que no realizaba tareas asalariadas evaluaba mayoritariamente su estado de forma física en términos favorables, evaluación de carácter positivo que, como se puede observar en los resultados presentados en la tabla, ha ido mejorando lenta pero progresivamente en las dos últimas décadas.

Tabla 7: Autoevaluación de la forma física y la percepción del peso corporal de los españoles en las últimas décadas.

MI FORMA FÍSICA ES	2010 %	2005 %	2000 %	1990 %
Excelente	6	4	4	5
Buena	39	36	38	29
Aceptable	39	45	43	45
Deficiente	14	13	13	16
Francamente mala	3	2	2	4

Fuente: Ministerio de Educación, Cultura y Deportes. Consejo Superior de Deportes y el Centro de Investigaciones Sociológicas.

El 6% consideraba que su forma física era excelente, dos unidades porcentuales más que en 2005 y una unidad más que en 1990. Un grupo más numeroso de población, el 39%, afirmaba que su forma física era buena, tres unidades porcentuales más que en la encuesta anterior de 2005 y diez unidades más que en 1990. En el extremo opuesto han disminuido los porcentajes de los que consideraban deficiente, el 14%, o francamente mala, el 3%, su condición física, tres unidades porcentuales menos en su conjunto que en la encuesta de 1990. También ha disminuido el porcentaje de los que en la encuesta de 2010 consideraban sencillamente aceptable su forma física, el 39%, seis unidades porcentuales menos que en 1990.

El hecho más relevante por lo que se refiere a las características socio-demográficas de la población que consideraba tener una forma física excelente o buena es que los hombres superaban claramente a las mujeres en su percepción positiva. También son más numerosos los hombres que las mujeres los que han incrementado esta percepción al comparar los resultados de 2010 con los obtenidos en la encuesta de 2005.

Tabla 8: Población que considera excelente o buena su forma física, según sexo y grupo de edad, 2010-2005

Población que considera excelente o buena su forma física, según sexo y grupo de edad, 2010-2005		
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE CONSIDERA EXCELENTE/BUENA SU FORMA FÍSICA	
<i>Sexo</i>	2010 %	2005 %
Hombre	50	43
Mujer	39	37
<i>Edad</i>		
15-24	60	52
55-64	40	33

Fuente: Ministerio de Educación, Cultura y Deportes. Consejo Superior de Deportes y el Centro de Investigaciones Sociológicas.

La mitad de la población masculina, el 50%, consideraba excelente o buena su condición física en 2010, siete unidades porcentuales más que en la encuesta de 2005, en tanto que solo alcanzaba el 39% la población femenina que declaraba tal grado de excelencia. Una población femenina que, además, solo ha experimentado una mejora de dos unidades porcentuales con respecto a 2005 en su consideración positiva. Así, pues, la brecha entre la autoevaluación positiva de la forma física de los hombres con respecto a las mujeres se ha hecho mayor en los últimos cinco años.

Los estereotipos de género que unen lo masculino y lo femenino a una serie de rasgos de identidad, tienen que ver en ello, puesto que, relacionan lo masculino con la competitividad, la agresividad y la independencia y lo femenino con la sumisión, el orden o la pasividad, influyendo claramente en los comportamientos de las personas. Uno de los estereotipos más resistentes al cambio es el considerar que hay deportes más apropiados para las mujeres y otros que lo son para los hombres, algo que favorece al género masculino en el ámbito de la actividad física y el deporte (Rodríguez-Teijeiro; Martínez-Patiño y Mateos, 2005).

Por lo que se refiere a la edad, su influencia en la percepción positiva de la forma física ha mejorado en términos positivos similares entre la población joven de 15 a 24 años y la población de más edad de 55 a 64 años, ya que el esperable y natural mayor porcentaje de población joven que consideraba que su forma física era excelente o buena, el 60%, en relación al que se refiere a la población de más edad, el 40%, ha crecido en términos parecidos desde 2005, cuando los correspondientes porcentajes eran 52 y 33%, respectivamente.

La mejora de la consideración de la condición física de la población en España va aumentando de forma similar en los distintos grupos de edad, cosa que no ocurre con el sexo, ya que en este caso la diferencia no solo se mantiene sino que se agranda. En este sentido, influyen las creencias de lo adecuado y lo conveniente, según el género, que repercuten en el aprendizaje de la habilidad y la competencia percibida para la actividad física, mostrando los varones mayor confianza en sí mismos para aprender dicha habilidad.

Algo relacionado con el mensaje obtenido en el proceso de socialización, de los niños se espera que sean más capaces en el desarrollo de la participación deportiva mientras que a las niñas se les atribuye incapacidad para lograr una ejecución habilidosa, lo que hace que su aproximación al deporte esté marcado por unas elevadas expectativas de fracaso, alimentadas por experiencias motoras limitadas y escasas oportunidades de práctica en algunos entornos, lo que provoca que las niñas pierdan su interés en las actividades físicas. Incluso aquellas que desarrollan buenas habilidades pueden tener dudas sobre su capacidad y sobre la conveniencia de su práctica deportiva.

Los estereotipos de género, por tanto, van asociados a una percepción de la propia competencia motriz más positiva en varones que en mujeres, de ahí que la implicación y participación de la mujer, tanto en actividades físicas de tiempo libre como en las clases de Educación Física sea menor en relación al varón (Hellín; Moreno y Rodríguez, 2008).

La relación entre la percepción de la forma física y la práctica deportiva se produce de modo que a mejor forma física corresponde una mayor práctica deportiva, como puede apreciarse en la tabla.

Tabla 9: Práctica deportiva según el estado de forma física declarado, 2010

Práctica deportiva según el estado de forma física declarado, 2010					
PRÁCTICA DEPORTIVA	EXCELENTE %	BUENA %	ACEPTABLE %	DEFICIENTE %	FRANCAMENTE MALA %
Sí	69	50	36	17	10
No	31	50	64	83	90

Fuente: Ministerio de Educación, Cultura y Deportes. Consejo Superior de Deportes y el Centro de Investigaciones Sociológicas

Una amplia mayoría del 69% de las personas entrevistadas que decían disfrutar de una excelente forma física hacía también deporte, en tanto que solo una pequeña minoría del 10% de las que admitían tener una mala forma hacían también deporte. Entre ambos grupos se sitúan aquellas personas que reconocían tener una buena forma física, el 50%, aceptable, el 36%, o deficiente, solo el 17% realizaba práctica deportiva. Se daba, por tanto, una correlación entre la auto-evaluación de la forma física y la práctica o no de deporte.

Otro indicador, cada vez más presente en las preocupaciones individuales por temas de salud, es el que se refiere al peso corporal. La encuesta sobre Hábitos Deportivos en España con el fin de lograr una imagen lo más detallada posible de las diferentes dimensiones de los hábitos de salud y deporte de la población en España, introdujo en la última encuesta de 2010 un nuevo indicador referente a la percepción del propio peso corporal, que diferencia entre cuatro situaciones personales: 1) Está bien con el peso que tiene; 2) Le vendría bien perder unos pocos kilos; 3) Le vendría bien perder bastantes kilos; y 4) Le vendría bien ganar algo de peso.

Con el uso de este indicador se pretendía ofrecer nuevos resultados que permitieran relacionar la percepción del peso corporal con los hábitos deportivos.

Los resultados, que se presentan en la tabla, ofrecían una imagen de conjunto de la población en España que confirmaba la presencia de la obesidad en el conjunto de la sociedad.

Tabla 10: Percepción del propio peso corporal, 2010

Percepción del propio peso corporal, 2010	
PERCEPCIÓN	%
Está bien con el peso que tiene	47
Le vendría bien perder unos pocos kilos	39
Le vendría bien perder bastantes kilos	10
Le vendría bien ganar algo de peso	4

Fuente: Ministerio de Educación, Cultura y Deportes. Consejo Superior de Deportes y el Centro de Investigaciones Sociológicas

Un poco menos de la mitad de la población, el 47%, consideraba que estaba bien con su peso actual, en tanto que un grupo más reducido del 39% admitía que le vendría bien perder algunos kilos. Un pequeño grupo del 10% admitía que le vendría bien perder bastante peso, reconociendo implícitamente su preocupación por su obesidad, en tanto que otro grupo todavía más minoritario del 4% se situaba en el extremo opuesto, al considerar que más que perder peso lo que le vendría bien sería ganar algo de peso, lo que significa que se veían a sí mismos/as con excesiva delgadez.

La distribución de algunas características socio-demográficas de los cuatro grupos de población considerados ofrece una panorámica más detallada y compleja. Tal y como muestra la tabla siguiente:

Tabla 11: Percepción del peso corporal según diversas variables socio-demográficas, 2010.

Percepción del peso corporal según diversas variables socio-demográficas, 2010				
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	EL PROPIO PESO CORPORAL			
	ESTÁ BIEN %	SOBRAN UNOS POCOS KILOS %	SOBRAN BASTANTES KILOS %	VENDRÍA BIEN GANAR PESO %
<i>Sexo</i>				
Hombre	51	36	8	5
Mujer	43	41	12	4
<i>Edad</i>				
15-17 años	68	24	2	6
18-24 años	56	29	4	11
25-44 años	49	38	8	5
55-64 años	38	46	14	2
65 y más años	47	37	13	2
<i>Nivel de estudios</i>				
Primarios	47	38	10	4
Universitarios	51	38	8	3
<i>Estatus socioeconómico</i>				
Clase alta/media-alta	51	37	8	4
Obreros cualificados	47	39	9	4
Obreros no cualificados	41	39	14	5
<i>Tamaño municipio</i>				
Menos de 10.000	49	37	10	4
50.000-100.000	46	40	10	4
Más de 400.000	49	37	10	4

Fuente: Ministerio de Educación, Cultura y Deportes. Consejo Superior de Deportes y el Centro de Investigaciones Sociológicas

El resultado, ofrecido por la tabla, que puede ser más llamativo, tiene relación con las diferencias registradas al analizar los hábitos de tiempo libre y deportivos de hombres y mujeres, así como las referentes a la autoevaluación de la forma física.

Más de la mitad de los hombres, el 51%, consideraba que estaba bien con el peso que tenía, en tanto que solo realizaba esta consideración el 43% de las mujeres, por tanto, ocho unidades porcentuales menos que los hombres. En sentido contrario, el 41% de las mujeres percibían que le sobraban unos pocos kilos y otro 12% que le sobran bastantes kilos, en tanto que los correspondientes porcentajes entre los hombres eran 36% y 8%, respectivamente. Sumando ambos porcentajes tenemos que más de la mitad de las mujeres, el 53%, opinaba que tenía exceso de peso, en tanto que así lo hacía tan solo el 44% de los hombres, nueve unidades porcentuales menos que las mujeres.

Por lo que respecta al grupo minoritario de personas que decían estar delgadas y que reconocían que les vendría bien ganar algún peso, no se observaban apenas diferencias porcentuales entre hombres, el 5%, y mujeres, el 4%.

Estas diferencias de percepción del peso corporal no guardan relación con los índices de masa corporal, expuestos con anterioridad, puesto que los hombres presentan sobrepeso en una proporción mayor que las mujeres y sin embargo tienen mejor percepción, se sienten menos insatisfechos, y consideran que están bien en una proporción mayor que las mujeres, a pesar de que éstas presentan índices más satisfactorios en cuanto a la incidencia de sobrepeso.

Esto es significativo porque si se toma como referencia el principio de Thomas (1928) según el cual «si las personas definen las situaciones como reales, son reales en sus consecuencias», es muy probable, que el comportamiento, en su vida cotidiana, de las personas, en mayor número mujeres que hombres, que sienten tener un exceso de peso corporal, aunque no sea real, se encuentre altamente influido por esta percepción.

La distribución de la percepción del peso corporal también ofrecía resultados diferenciados por edades, entre la población más joven eran mayoritarias las personas que afirmaban estar bien -68% entre los que tenían de 15 a 17 y 56% en el grupo de edad de 18 a 24 años-, en tanto que, entre la población mayor los porcentajes eran menores, especialmente en el grupo de edad de 55 a 64 años, con solo un 38% de sentirse bien con su peso. Las distribuciones de las personas que consideraban que les sobraba peso siguen un orden inverso, de tal manera, que era la población de 55 y más años la que consideraba mayoritariamente que le sobra peso, el 60% en el grupo de 55 a 64 años, y el 50% entre los mayores de 65 años.

De todos modos, merece la pena destacar que aproximadamente una cuarta parte de la población joven, el 24% entre el grupo de menos edad, 15 a 17 años, y el 29% entre los que tenían entre 18 y 24 años, opinaban que les sobraban unos pocos kilos, en tanto que eran claramente minoritarios, 2% y 4%, respectivamente, los que admitían que les sobraban bastantes kilos. Eran también los más jóvenes los que en mayor proporción que el resto consideraban que les vendría bien ganar algo de peso, el 6% en el grupo de 15 a 17 años y el 11% entre los que tenían de 18 a 24 años. Por el contrario, eran muy minoritarios, solo el 2%, los que sentían que estaban delgados entre la población mayor de 55 años.

La variable de estudios no ofrecía resultados diferenciados, que pareciese tener alguna relevancia estadística, como tampoco lo hacía la variable referente al tamaño del municipio de residencia. En cambio, sí ofrecían diferencias las variables que tenían que ver con la clase social, en el sentido de que el 45% de las personas de clase alta o media alta admitían tener un cierto exceso de peso, en tanto que este porcentaje alcanzaba el 53%, ocho unidades porcentuales más, entre las clases modestas (los miembros de las familias de obreros no cualificados). La delgadez, sin embargo, en ningún caso ofrecía diferencias resaltables.

Respecto a la relación existente entre la percepción del peso corporal y la práctica deportiva, aparecían resultados que ponían de manifiesto que el comportamiento deportivo de las personas que estaban bien con su peso, así como, las que admitían que les vendría bien ganar algo de peso era similar, tal y como podemos comprobar en la tabla siguiente:

Tabla 11: Práctica deportiva según la percepción del peso corporal, 2010

Práctica deportiva según la percepción del peso corporal, 2010				
PRÁCTICA DEPORTIVA	ESTÁ BIEN CON EL PESO QUE TIENE %	LE VENDRÍA BIEN PERDER ALGUNOS %	LE VENDRÍA BIEN PERDER BASTANTES KILOS %	LE VENDRÍA BIEN GANAR ALGO DE KILOS PESO %
Sí	45	38	25	45
No	55	62	75	55

Fuente: Ministerio de Educación, Cultura y Deportes. Consejo Superior de Deportes y el Centro de Investigaciones Sociológicas

El 45% de los que estaban bien con su peso o reconocían que les vendría bien ganar algo de peso hacían deporte, en tanto que solo lo hacían el 38% de los que les vendría bien perder algo de peso y el 25% de los que admitían que les vendría bien perder bastantes kilos. Así pues, los que estaban bien con su peso o estaban delgados hacían más deporte, cinco unidades porcentuales por encima de la media nacional, el 40%, en tanto que, hacían menos deporte los ligeramente obesos, dos unidades porcentuales menos que la referida media, y bastante menos deporte, quince unidades menos que la media, los más obesos.

Respecto al peso corporal, la obesidad aumenta el riesgo de enfermedades y de estigmatización social. Las personas que la padecen, en algunas ocasiones, reciben presiones sociales o burlas en su entorno. Al mismo tiempo, sin contradecir lo anterior, son frecuentes los casos de personas que, teniendo un peso equilibrado objetivamente, se perciben más obesas de lo que realmente son, lo que causa, entre otros efectos, tener una imagen menos positiva del propio cuerpo. En este sentido, la percepción de peso corporal está relacionada con la valoración que se realiza del cuerpo, con la autoestima y con el estado general de salud mental.

Por otra parte, respecto al estado de forma física, la obesidad está relacionada negativamente con el estado de forma física en los distintos periodos evolutivos de la vida de las personas, mientras que gozar de una buena forma física es un indicador de salud (Téjero-González, 2014)

OBJETIVOS

Las realidades humanas son realidades complejas, a la hora de abordar su estudio, y fijar unos objetivos para ello, si se parte de un área problemática amplia, en vez de clarificar de forma muy precisa el fenómeno, se pueden considerar los problemas entrelazados que pudieran existir. Los objetivos de esta investigación se han planteado de este modo, se parte de un área problemática amplia, ya que, si se considera una parte limitada del fenómeno se cierra el posible horizonte que tienen las realidades humanas, como realidades complejas que son (Martínez, 2006).

En el caso que nos ocupa, los objetivos de la investigación se han planteado partiendo de un área problemática amplia, en la cual hay muchos problemas enlazados. Se plantea como objetivo general: Estudiar las construcciones tensas del cuerpo.

Estudiar las construcciones tensas del cuerpo implica hablar de la construcción social del cuerpo y de las carreras corporales tensas, es decir, de la relación entre el cuerpo y el contexto sociocultural, centrándose en los casos en los que el cuerpo es vivido de una forma insatisfactoria, manteniéndose una relación inarmónica con el mismo, que termina conformando una construcción tensa, que puede incluir trastornos de la percepción corporal o de la conducta alimentaria, entre otros. Esa construcción tensa se conforma a lo largo del tiempo, por lo que se incluye el término carrera, que permite distinguir momentos en el desarrollo de una vida y considerar a la persona avanzando y asumiendo diversas secuencias a lo largo de ese tiempo.

Durante el desarrollo de la carrera los sujetos tienen la posibilidad de elección a partir de su relación con su entorno familiar, sus pares, su entorno laboral, sus relaciones de pareja. Al tomar en cuenta estas interacciones se están considerando múltiples variables, que no actúan de forma simultánea, sino en relación al desarrollo temporal. La carrera así definida permite el análisis de una carrera corporal tensa a partir de una trama social compleja, pero que se puede reconstruir (Moreno, 2010).

En la construcción del cuerpo está implícita la idea de lo corporal como algo modificable, a través de la nutrición, el ejercicio y los cuidados. Algo que propicia la concepción del cuerpo como una creación del propio individuo, como algo que puede ser construido para tratar de alcanzar unos cánones de belleza corporal que se asocian al éxito personal y social.

La ciencia y las actuales prácticas corporales han permitido que en las sociedades contemporáneas el cuerpo de los sujetos represente algo más que sus capacidades físicas, que adquiera una importante significación para la autogestión de la propia existencia al tener la posibilidad de construirse a la medida de sus deseos. En la concepción actual del sujeto, el cuerpo es una creación más de la empresa personal. La sociedad prepara y alienta a los individuos para procurarse un cuerpo que ostente juventud, delgadez y sensualidad, en tanto que debemos rechazar el cuerpo decadente, envejecido o discapacitado (Muñiz, 2014).

Esta construcción del cuerpo puede tornarse caótica, y en el intento de procurarse un cuerpo acorde con los cánones de belleza imperantes, se pueden adoptar unos comportamientos inusitados de ejercicio y de alimentación que pueden fluctuar en intensidad, llegando incluso a trastornos o enfermedades de la conducta alimentaria -como la anorexia o la bulimia-, conformándose carreras corporales tensas.

Estas carreras corporales tensas podrían definirse, siguiendo a Moreno (2010), como escaleras de subida donde la tensión corporal puede acabar derivando en la administración de la propia vida por la terapia profesional, pero que admite, asimismo, el camino inverso, deteniendo los actos que propician las disposiciones restrictivas hasta llegar a deshacerlas (Moreno, 2010).

Las carreras corporales tensas no se producen nunca en un vacío social (Moreno, 2010). El entorno social en el que se desenvuelven los sujetos va a tener una marcada influencia en estos comportamientos. Por lo que se toma en cuenta la relación con el entorno familiar, el grupo de pares y las relaciones de pareja.

Además se tienen en cuenta las distintas etapas vitales: infancia, adolescencia y momento actual. Lo que permite conocer las distintas prácticas y posiciones de los sujetos, así como la aptitud frente a los cambios (Gutiérrez, 1994), teniendo en cuenta la evolución personal que se produce con el paso del tiempo. Es decir, permite conocer cómo se conforma la carrera corporal.

Para facilitar la consecución del objetivo general se establecen unos objetivos específicos. Los objetivos específicos que se plantean son:

- Determinar la relación existente entre los modelos corporales y los procesos de aprendizaje social.
- Analizar el significado atribuido al cuerpo bello y saludable.
- Examinar la influencia de la percepción corporal en las conductas de autocontrol.
- Estudiar la construcción diferencial de las trayectorias corporales en base al género.

Dentro de los objetivos específicos, que nos permiten explicar el objetivo general, se pretende determinar la relación entre los modelos corporales y los procesos de aprendizaje social. Esto adquiere relevancia si tenemos en cuenta que existe un canon de belleza corporal -que podría ser definido como el conjunto de características corporales que definen lo que una sociedad considera convencionalmente como cuerpo hermoso o atractivo-, que es un concepto históricamente variable -cada periodo histórico cuenta con sus propios estándares de belleza- y no es común a las diferentes culturas, sino que, cada cultura desarrolla diferentes conceptos sobre la belleza corporal. Esto es así puesto que se trata de un producto cultural, que se construye en el ámbito de una sociedad determinada y es aceptada como natural a ella, siendo, sin embargo, un producto o invención de esa cultura, que lleva a quienes la integran a tener una mirada de la realidad similar a quienes comparten esa cultura y considerar esa noción de belleza corporal como incuestionable, aunque las interpretaciones de este concepto hayan ido cambiando, al igual que las ideas y creencias asociadas a ella.

Es, por tanto, un producto de la interacción social, que crea significaciones compartidas que llegan a ser vistas como verdades objetivas y modelos a imitar (Berger y Luckmann, 1967). La imitación de modelos determina el aprendizaje cognitivo social, que está basado en la observación de la conducta. Se imita la conducta que recibe refuerzo. Se trata de un aprendizaje que, a diferencia del aprendizaje por conocimiento, no recibe refuerzo, ya que el refuerzo recae en el modelo. El sujeto que aprende lo hace por imitación de la conducta que recibe refuerzo, en el caso que nos ocupa, la conducta reforzada sería aquella que conduce a alcanzar el canon de modelo corporal socialmente aceptado.

La interiorización del modelo corporal se produce en el momento en el que el individuo cognitivamente adapta los ideales de belleza corporales definidos socialmente y se dedica a realizar comportamientos dirigidos a alcanzar estos ideales (Thomson y Stice, 2001). Por tanto, aprendemos a aprehender la belleza, y al margen de las respuestas físicas innatas, todas las entidades que configuran nuestra realidad histórica influyen, directa o indirectamente, en los juicios éticos y estéticos que hacemos y en el ideal personal al que aspiramos o que preferimos (Martín, 2002).

En este proceso las significaciones compartidas son claves para entender comportamientos -en base a modelos que imitar-, y el segundo objetivo específico planteado se dirige a explorar los significados atribuidos al cuerpo bello y saludable. Esto cobra relevancia si tenemos en cuenta que existe una relación entre los valores de belleza y otro tipo de valores de carácter moral, en el sentido de que los juicios estéticos suelen ir acompañados de juicios caracterológicos o morales. Es decir, se suelen inferir numerosas cualidades internas y rasgos de personalidad de la apreciación de atractivo o falta del mismo de la persona observada. Actualmente se tiende a ver el sobrepeso, la fealdad, o la falta de arreglo como síntomas de una falta de dominio de sí, de una falta de voluntad y de autodisciplina, mientras que, el permanente afán por mantenerse esbelta/o y atractiva/o es considerado como rasgo de carácter altamente deseable (Renz, 2007).

Al mismo tiempo que se realiza una asociación entre la belleza física y el éxito social y profesional (Corti, 2005). La belleza del cuerpo condiciona y determina, el placer, el éxito y las amistades, porque quienes gozan de "buena presencia" poseen, sólo por ello, mayores posibilidades laborales, de relaciones humano-afectivas y de aceptación social (Esnaola, 2005).

Si un individuo interioriza el cuerpo ideal, el determinado culturalmente, y por comparación social concluye que su cuerpo discrepa de ese ideal ocurre la insatisfacción corporal (Acosta y Gómez, 2003), que puede propiciar conductas de autocontrol. Razón por la que, se considera interesante incluir un tercer objetivo específico, en la línea de examinar la influencia de la percepción corporal en las conductas de autocontrol.

La percepción corporal es una dimensión de la imagen corporal. La imagen corporal es definida como la representación mental del cuerpo que cada individuo construye en su mente. Es un constructo multidimensional, que incluye, además, de la dimensión perceptiva -que hace referencia a la precisión en la percepción-; la dimensión cognitiva-afectiva -relacionada con las actitudes, los sentimientos, las cogniciones y las valoraciones en relación al tamaño corporal, peso o partes del cuerpo- ; y la dimensión conductual -que serían las conductas que la percepción del cuerpo y los sentimientos asociados provocan- (Schilder, 1983).

El tener que ajustarse a ciertos valores e ideales de belleza homogeneizados en el entorno social lleva a un estado de evaluación corporal continuo (Ballester y Guirado, 2003) que puede derivar en el deseo de regular los propios impulsos con el fin de ajustarse a un determinado morfotipo corporal que obedece a imperativos sociales. Estos imperativos sociales están relacionados con unos parámetros de belleza históricamente cambiantes y generalmente expresión de las relaciones de poder entre hombres y mujeres (Wolf, 1991). El cuidado de la imagen para las mujeres es una manifestación de la discriminación y de la situación de desigualdad en el marco de un sistema de relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. (Estrada, 2009).

El estereotipo de belleza femenino imposible de alcanzar, si no se llevan a cabo disciplinas alimentarias estrictas o tratamientos estéticos, lanzado de forma constante, a través de los agentes socializadores, crea una presión estética, que puede causar tanto daños físicos –en el caso de los trastornos alimentarios- como psíquicos -frustraciones, obsesiones, falta de autoestima- en las mujeres (Estrada,2009).

Aunque, en las sociedades modernas, se ha producido la ampliación de la presión estética hacia el colectivo masculino, como consecuencia de los intereses económicos neoliberales, realizándose una plena subsunción del cuerpo masculino al sistema de mercado en la figura de los metrosexuales (Díaz, 2006) sólo en el caso de las mujeres capitalismo y patriarcado obran unidos, por lo que la presión estética ejercida sobre las mujeres no conlleva las mismas implicaciones que la ejercida sobre los hombres (Estrada, 2009)

El último objetivo específico planteado, por tanto, está dirigido a estudiar las diferencias existentes debido a los estereotipos de género, en el sentido de constatar si hay diferencias por género en los discursos sobre el cuerpo - en cuanto a la existencia de una mayor preocupación por el cuidado o una insatisfacción mayor con la imagen corporal- puesto que la identidad de género es el componente del autoconcepto que se adquiere más temprano, a partir del mensaje familiar y social junto a la propia imagen corporal, siendo el más central y el de mayor capacidad organizativa, debido a la relevancia que concede la sociedad a todo aquello relacionado con el sexo (Oliveira y Parra, 2014).

METODOLOGÍA

1.-Principios teóricos de la metodología cualitativa

La metodología cualitativa es un método de investigación que busca explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal y como es experimentada por sus protagonistas para explicar las razones de los diferentes aspectos de su comportamiento. En el caso que nos ocupa, la indagación se centra en el modo en el que se construyen las carreras corporales tensas, por lo que es fundamental explorar las relaciones sociales que mantienen las personas que han tenido una relación inarmónica con su propio cuerpo y buscar descripciones de cómo es experimentada esta relación, para poder entender las razones que las lleva a tener un comportamiento inusual en relación a la alimentación, la práctica del ejercicio, u otro tipo de prácticas estéticas corporales.

Cuando se aplican técnicas cualitativas se toman grupos de población reducidos y se generan datos descriptivos: las propias palabras de las personas –habladas o escritas- y la conducta observable. Este trabajo se ha centrado en un grupo reducido de población, que ha experimentado una relación tensa con su propio cuerpo, que ha conducido a comportamientos, extremos en algunos casos, para tratar de modificarlo y adaptarlo a unos determinados cánones aceptados y valorados socialmente. La narración que hacen de forma hablada de estas experiencias son las que se han recogido para abordar esta investigación.

La metodología de investigación cualitativa se apoya en la fenomenología, el interaccionismo simbólico y la etnometodología como enfoques teóricos principales.

Alfred Schütz fue el introductor de la fenomenología en las ciencias sociales al definir la realidad como un mundo en el que los fenómenos están dados, sin importar si éstos son reales, ideales o imaginarios.

Se considera, entonces, un mundo de la vida cotidiana que los sujetos viven en una actitud natural, desde el sentido común. Esta actitud frente a la realidad permite a los sujetos suponer un mundo social externo regido por leyes, en el que cada sujeto vive experiencias significativas y asume que otros también las viven, pues es posible ponerse en el lugar de otros. Desde esta actitud natural el sujeto asume que la realidad es comprensible desde los conceptos del sentido común que maneja, y que esa comprensión es correcta (Schütz, 1932). Dentro de los conceptos que maneja se encuentran todos aquellos relacionados con el cuerpo, que se encuentran sometidos a unas leyes de consumo que han subjetivado el valor estético del cuerpo sobre cualquier otro valor que esté inmerso en él, y que han trasladado el término belleza hacia el plano físico, impregnándolo de marketing y adquiriendo un carácter de capital simbólico que puede adquirirse e incluso comprarse (Sossa, 2011).

El sujeto que vive en el mundo social está determinado por su experiencia inmediata, relacionada con la perspectiva desde la que el sujeto aprehende la realidad, puesto que, la comprensión se hace en relación a la posición que el individuo ocupa en el mundo, -el espacio y el tiempo en que transcurre y que determinan sus vivencias- (Schütz, 1932). Las vivencias del cuerpo están, también, determinadas por el tiempo y el espacio en el que vive el sujeto, y por la cultura de la sociedad en la que participa. En la sociedad actual, la cultura de la imagen y del consumo es la que impera (Muñiz, 2014), y marca unos estándares de belleza y perfección bajo unas normas y cualidades corporales distintas a las establecidas en épocas anteriores.

El sujeto está determinado, también, por su biografía - crianza, educación recibida, intereses, deseos y motivos- que conforman personalidades únicas, que hacen que cada individuo se sitúe de una manera particular en el mundo (Schütz, 1932). En relación a las carreras corporales tensas, la biografía es fundamental para entender el modo en el que se construyen, y para entender los motivos, interés y deseos de modificar el cuerpo para adaptarlo a un determinado modelo corporal que se asocia a aceptación y éxito social.

Por otro lado, el interaccionismo simbólico se basa, siguiendo a Blumer (1969), en tres premisas fundamentales: 1) Las personas actúan respecto de las cosas sobre la base de los significados que estas cosas tienen para ellas, y no responden simplemente a estímulos o exteriorizan guiones culturales sino que el significado determina la acción. 2) El significado que tiene una cosa para una persona se desarrolla a partir de los modos en los que otras personas actúan respecto a esa cosa, por lo que los significados surgen durante la interacción y son productos sociales. 3) Los actores sociales asignan significados a situaciones, personas y cosas a través de un proceso de interpretación que tiene dos pasos distintos. En el primer paso el actor se indica a sí mismo las cosas, respecto de las que actúa, que tienen significado. En el segundo paso el actor selecciona, controla, suspende, reagrupa y transforma los significados a la luz de la situación en la que está ubicado y de la dirección de su acción, puesto que la interpretación, en virtud del proceso de comunicación consigo mismo, se convierte en una cuestión de manipular significados.

Respecto al tema que nos ocupa, el cuerpo adquiere una significación determinada en cuanto producto social, puesto que en las sociedades actuales existe un discurso corporal que indica que los cuerpos deben ser bellos, saludables, bronceados, delgados, jóvenes (Sossa, 2011) y estos atributos adquiere un significado concreto en cuanto que son asociados con nociones como la disciplina, el éxito y la salud. Y las personas que poseen estas cualidades son aprobadas socialmente mientras que las que no las poseen son consideradas como perezosas, indolentes y malsanas (Phail, 2002). De esta forma, se crea una representación social del "cuerpo ideal" que proporciona un referente con el cual establecer comparaciones. Si al comparar la propia figura con el cuerpo ideal, socialmente representado y avalado como modelo a seguir, se determina que están muy distantes la persona puede dirigir sus acciones a modificar su cuerpo, para tratar de acercarse al modelo corporal socialmente aceptado.

El legado más importante del Interaccionismo Simbólico es que concede una posición teórica al actor social, en tanto que intérprete de la realidad que le rodea, y en consecuencia propone el uso de métodos de investigación que conceden prioridad a los puntos de vista de los actores. Tal y como se hace en este trabajo de investigación en el que se usa la entrevista personal. El objetivo del empleo de estos métodos, reside en el intento de dilucidar las significaciones que los mismos actores utilizan para construir su mundo social.

En el caso que nos ocupa, el empleo de la entrevista personal tiene como objetivo dilucidar las significaciones que las entrevistadas/os utilizan para construir sus carreras corporales, que están en la base de los comportamientos corporales que se llevan a cabo. Mead (1937) afirma que los estudios sociológicos están en el deber de analizar los procesos por los cuales los actores acuerdan sus conductas, sobre la base de sus interpretaciones de la realidad que los rodea.

La Etnometodología, otro de los enfoques teórico principales en los que se apoya la investigación cualitativa, pretende describir el mundo social tal y como se está continuamente construyendo, o dicho de otro modo, tal y como emerge como realidad objetiva, ordenada y familiar, por lo que trata los hechos sociales considerando su objetividad como una realización social, y considerando que la autoorganización del mundo social se sitúa en las interacciones sociales, donde tienen lugar las actividades prácticas de la vida cotidiana de los miembros de la sociedad, y no en superestructuras abstractas como pueden ser el Estado o la política (Rodríguez, 2009).

Por esta razón la etnometodología, tal y como nos indica Firth (2010), se centra en el estudio de las prácticas del sentido común a través de las cuales los miembros de la sociedad coordinan, estructuran y entienden sus actividades diarias, puesto que, mediante estas acciones prácticas localizadas las personas se encargan de crear y sostener el orden social.

Dicho de otro modo, la etnometodología examina, partiendo de que los significados de las acciones son siempre ambiguos y problemáticos, los modos en los que las personas aplican reglas culturales abstractas y percepciones de sentido común a situaciones concretas, para que las acciones aparezcan como rutinarias, explicables y carentes de ambigüedad (Taylor y Bogdan 1984).

En relación al cuerpo las reglas culturales que se aplican en las sociedades actuales son las del mercado, en este sentido el cuerpo es tomado como un objeto. Dentro de la cultura del consumidor el cuerpo es proclamado como un vehículo del placer: es deseable y deseoso, y cuanto más se aproxima el cuerpo real a las imágenes idealizadas de juventud, salud, belleza, más alto es su valor de cambio (Featherstone, 1991). Bajo este orden de ideas, se utiliza el ejercicio físico, la cirugía, o los productos estéticos para conseguir los atributos corporales deseables, dentro de los cuales se encuentra la delgadez. El control del peso puede transformarse en el eje de la vida, el punto de partida de una carrera corporal -que puede volverse conflictiva y tensa- para buscar nuevos atributos al cuerpo, con los que se supone se conseguirá una mayor aprobación social (Sossa, 2011).

La metodología cualitativa, por tanto, es un proceso de investigación que está relacionado con el modo de concebir la naturaleza del conocimiento. Las corrientes cualitativas, en general, consideran que la realidad epistémica requiere para su existencia de un sujeto cognoscente que está influido por una cultura y unas relaciones particulares que hacen que esa realidad epistémica dependa para su definición, comprensión y análisis del conocimiento de las formas de percibir, pensar, sentir y actuar propias de los sujetos cognoscentes (Sandoval, 1996). En el caso que nos ocupa, de la formas de percibir, pensar sentir y actuar sobre el cuerpo.

Pero también está relacionado con el modo de concebir la naturaleza de las relaciones entre el investigador y el conocimiento generado, en este sentido, las corrientes cualitativas consideran que el conocimiento es una creación compartida a partir de la interacción entre el investigador y el investigado en la cual los valores median o influyen en la generación del conocimiento, por lo que la subjetividad y la intersubjetividad se conciben como medios para conocer las realidades humanas y no como un obstáculo para el desarrollo del conocimiento.

La investigación cualitativa tiene, tal y como nos indica Sandoval (1996), cuatro momentos metodológicos, a través de los cuales es posible trascender la mera descripción, permitiendo el acceso a formulaciones de tipo comprensivo en algunos casos y explicativas en otros. Estos momentos metodológicos son:

1) La Formulación, que es el punto de partida formal y que se caracteriza por explicitar y precisar qué es lo que se va a investigar y por qué. En el caso que nos ocupa se investiga acerca de las construcciones corporales tensas como medio para entender determinados comportamientos -como los hábitos inusitados de ejercicio o alimentación-

2) El Diseño, que está representado por la preparación de un plan flexible o emergente que orientará tanto el contacto con la realidad humana objeto de estudio como la manera en que se construirá conocimiento acerca de ella, es decir, buscará responder a las preguntas ¿Cómo se adelantará la investigación? y ¿en qué circunstancias de modo, tiempo y lugar?. En relación a estas cuestiones, en esta investigación se programaron las entrevistas en función de la disponibilidad de las personas que fueron entrevistadas, se optó por realizarlas en un lugar que permitiera realizarlas sin ningún tipo de interrupciones, por lo que se descartaron lugares públicos -como cafeterías y bares- y tuvieron lugar en dos ciudades diferentes: Salamanca y Madrid.

3) La Gestión, que corresponde al comienzo visible de la investigación y tiene lugar mediante el empleo de una o varias estrategias de contacto con la realidad o las realidades objeto de estudio. Entre esos medios de contacto se encuentran: el diálogo propio de la entrevista, la reflexión y construcción colectiva características de los talleres, o en el lugar de aquellos, la vivencia lograda a través del trabajo de campo y la observación participante, entre otras alternativas. En concreto, en esta investigación, se optó por el diálogo propio de la entrevista.

4) El cierre, que es la etapa en la que se desarrollan actividades que buscan sistematizar, de manera progresiva, el proceso y los resultados del trabajo investigativo. En el caso que nos ocupa se trata de sistematizar los discursos obtenidos, sobre la construcción tensa del cuerpo, y presentar los resultados hallados.

Por tanto, lo cualitativo se ubica en un plano que no es la renuncia a lo numérico o cuantitativo, sino más bien, la reivindicación de lo subjetivo, lo intersubjetivo, lo significativo y lo particular, como prioridades de análisis para la comprensión de la realidad social (Berger y Luckman, 1967; Castillo y Prieto, 1993 y Rosaldo, 1991). En este caso, para la comprensión de una determinada realidad corporal.

2.-Investigaciones relevantes que versan sobre temas de la esfera íntima

En este apartado se explica el modo en el que algunas investigaciones relevantes tratan temas como el estudio de la violencia de género, la sexualidad, o el cuerpo. Todas ellas están relacionadas entre sí puesto que tratan temáticas encuadradas dentro de la esfera más íntima del individuo, al igual que el proyecto de investigación que nos ocupa. Por lo que son abordadas con metodología cualitativa, que es la más adecuada cuando se trata de un objeto de estudio de difícil exteriorización, puesto que esta metodología permite salvar el obstáculo entre lo “personal” y lo “narrable” y rescatar actitudes, valores, formas de definir la interacción, que por su índole íntima son de difícil verbalización.

Murillo (2000), en su estudio *Relaciones de poder entre hombres y mujeres: Los efectos del aprendizaje de rol en los conflictos y en la violencia de género*, utiliza metodología cualitativa para su desarrollo, la justificación estriba en que el objeto de estudio cuenta con una difícil exteriorización, porque todo lo relativo a las relaciones personales entre los hombres y las mujeres, como lo que acontece entre ellos, especialmente si se trata de situaciones difíciles, tiende a no compartirse, salvo que exista una fuerte vinculación con el interlocutor, por esta razón utiliza una metodología que busca salvar el obstáculo entre lo “personal” y lo “narrable”, por considerarla la más apropiada para rescatar actitudes, valores ,o formas de definir la interacción, que por su propia naturaleza, son de índole íntima y de difícil verbalización, en concreto, utiliza grupos de discusión para detectar cómo se organiza el discurso, cómo se conjuga género y principio de individuación en mujeres y, sobre todo, cuál es el significado que cada una/o atribuye a su experiencia a raíz de éstos -cómo la define, entiende y explica-.

A través de la conversación, que se genera en los grupos de discusión, se establece un diálogo del cual se extrae el significado que cada participante otorga al objeto de investigación.

Los grupos, que se conforman para la realización del estudio están formados por mujeres de distintas edades y situación civil, a los que se suma otro sólo formado por hombres jóvenes, el mayor peso que recae del lado de los grupos de mujeres tiene que ver con la intención de conocer mejor la construcción de rol femenino y el depositado en el masculino.

Este trabajo de investigación trata del conflicto partiendo de que éste es algo inherente al devenir cotidiano y que es algo prácticamente inevitable, adopta formas e intensidades diversas, y una de esas formas posibles es el maltrato. Lo que pretende la investigación es comprender cómo afrontar el conflicto, tratar de aprender a gestionar el mismo, puesto que en muchos casos la resolución no es posible.

Los grupos describen problemas, desacuerdos o la ventaja del acuerdo en las relaciones entre hombres y mujeres pero saben, también, lo que supone quebrar un guión. Los principales obstáculos que detectan, respecto de aquellas o aquellos empeñadas en trascender la categoría propia de género, para reafirmar la categoría de sujeto, es el conflicto, que no es en sí negativo si es circunstancial y no se inscribe de manera estructural.

Otra de las conclusiones del trabajo es que buscar en el amor romántico la pauta de la felicidad conlleva concebir las relaciones afectivas como el único recinto de autorreferencia personal, algo que puede llevar a constituir una única estrategia "mantener a toda costa una relación" y esta obstinación supone un alto riesgo en la preservación personal ante un maltratante.

Otro riesgo, detectado en la investigación, es el ejercicio rígido de los roles de esposa y madre porque renunciar a la categoría de sujeto implica subestimar la preservación propia de una persona que se encuentra en conflicto. Pero, se advierte, a lo largo del estudio, que no se escapa fácilmente a este mandato cultural que conlleva el papel femenino.

La necesidad de "cumplir" con las obligaciones del rol -esposa, novia, compañera, coloca a la mujer en situación de mayor vulnerabilidad, dado que la intromisión en la vida privada recibe distinta valoración según se expresen en el ámbito íntimo o en el espacio público.

Dentro de las recomendaciones que se incluyen al termino de la investigación se encuentra la de insistir en señalar, en el tratamiento de la violencia, que los comportamientos disciplinados de rol aumentan la posición de indefensión. Y se hace una reflexión acerca de que tutelar y vigilar cómo se interpretan y se reproducen estos mecanismos compromete a aquellas instituciones sociales con fuerte protagonismo social: La judicatura -con sentencias intolerables-, el sistema sanitario -que no siempre actúa de oficio- o las fuerzas de seguridad.

Como forma de prevención se insiste en la anticipación a los factores que pudieran desencadenarla, y promover la flexibilidad, como pauta de comportamiento ante la tensión entre los nuevos estilos de vida, que hombres y mujeres demandan, con la rigidez de los roles sociales. Así la demanda de autonomía debe poder conjugarse con la estabilidad de una relación, sin embargo, tal y como ha mostrado la investigación realizada en este estudio, actúa como un desencadenante de conflicto. Y sin embargo, tal y como se concluye en el mismo, la violencia no dejará de manifestarse mientras no se emprenda un nuevo pacto social entre hombres y mujeres.

Y advierte que des-aprender, de-construir, en una estructura social que ensalza y sanciona de acuerdo a normas de rol, no es tarea fácil, aún así, la investigación indica que resulta importante transgredir las lealtades de rol y tener consciencia de la sujeción que conlleva atenerse a los referentes dados.

Respecto a las investigaciones relacionadas con la sexualidad, Cuadrado (2001) en su estudio "El Género Femenino a través de la publicidad" incluye un capítulo "Sexo, pudor y lágrimas. La difícil apropiación de nuestra sexualidad", en el que utiliza anuncios publicitarios con el objetivo de trabajar sobre el sistema sexo-género y visibilizar la injusticia de la estructura patriarcal.

El análisis de la publicidad, que realiza, muestra la simplificación que en ella se hace de la compleja relación de la mujer con su sexualidad. También le permite adentrarse en la problemática de la educación sentimental diferenciada, en la que influyen los modelos presentados por la publicidad. Así como, profundizar en la recurrente utilización, por parte de la publicidad, del erotismo en la mujer que realmente no vende un producto sino sexualidad. Y concluir que este reclamo funciona porque la “Publicidad Pasional”, que actualmente utilizan las agencias publicitarias, capta la atención a través de la parte más sensorial y visceral de la audiencia, dejando de lado la racional, puesto que los mecanismos de defensa racionales no se activan si no detectan que hay un ataque, por lo que aunque racionalmente se tenga claro lo que es discriminatorio para las mujeres, se siguen sintiendo pasiones de acuerdo a cánones desiguales, porque las normas no funcionan del mismo modo que lo irracional.

Respecto a investigaciones relacionadas con el cuerpo, Moreno Pestaña (2010), para conformar *Moral corporal, trastornos alimentarios y clase social* realiza un trabajo de campo, de dos años de duración, en una asociación de familiares de personas afectadas por trastornos alimenticios, utilizando procedimientos metodológicos cualitativos, para la recogida y el análisis de la información, en concreto, la entrevista y la historia de vida para el análisis de las «carreras corporales», el grupo de discusión para captar la diversidad de culturas somáticas según las distintas fracciones de clase y el uso del «espacio de atributos» -instrumento elaborado por Paul Lazarsfeld-, para ordenar el espacio de posibles lógicos y contrastarlo con las combinaciones empíricamente existentes.

Lo que le permite describir las interacciones de los grupos de pares seleccionados (enfermas, familiares, profesionales) entre distintas culturas familiares, prestando atención especial a la dimensión de género, los recursos económicos y los recursos culturales (el capital económico y cultural -en términos de Bourdieu-) con el objetivo de definir las disposiciones -el habitus- de los sujetos investigados en referencia a las prácticas corporales que puedan llegar a desembocar en un trastorno alimenticio.

El punto de partida del trabajo de Moreno es que el estudio de los trastornos alimenticios no puede desconectarse del contexto en el que el cuerpo es interpretado socialmente, tal y como han hecho las aproximaciones puramente “psi” -que hablan de enfermedades mentales sin considerar el espacio y el tiempo social en el que surgen- o las aproximaciones biomédicas, -que únicamente emplean prototipos biologicistas-.

Según su planteamiento la enfermedad mental es un recurso conceptual para comprender algún tipo de ofensa social, y el estudio de los trastornos alimenticios exige para su comprensión un análisis en términos de clase y dominación. Por lo cual, tres ejes principales articulan su trabajo:

- 1) La ontología de la enfermedad, que consiste, en definir, por un lado, los rasgos que hacen que un comportamiento se considere enfermedad mental, y por otro, en caracterizar los trastornos alimenticios como enfermedades mentales.
- 2) El trabajo etnográfico propiamente dicho, es decir, el estudio de las percepciones de las morfologías corporales y disposiciones sobre el cuerpo de las distintas clases (populares y medias-altas).
- 3) La investigación sobre la labor terapéutica de los profesionales, que trata de recoger las definiciones habituales de los trastornos realizadas por las distintas ramas del saber.

Respecto al primer eje, para definir los rasgos que hacen que un comportamiento se considere enfermedad mental, utiliza las tesis de Merleau-Ponty sobre la distancia existente entre lo normal y lo patológico, la definición de Goffman sobre la enfermedad mental como un comportamiento que viola marcos de experiencia compartidos, y que puede ser incluido dentro de un repertorio de categorías clínicas culturalmente disponibles. Y el lenguaje fenomenológico de Husserl, que distingue entre la dimensión noética (pensar una realidad) y la dimensión noemática (correlato objetivo de esta acción de pensar, que en ningún caso se refiere a un objeto “real”).

Y determina que se puede hablar de enfermedad mental cuando las definiciones prácticas que los individuos dan de sí mismos se vuelven insoportables para los otros porque destruyen la experiencia común. En el caso de los trastornos alimenticios esta violación de lo común tiene que ver con las técnicas del cuerpo que alteran la cultura somática de las personas con las que hay una dimensión de la vida en común, y no es independiente, según la interpretación del autor, del elemento de clase, por lo que utiliza, en lo que se refiere al consumo alimenticio, los estudios estadísticos de Bourdieu sobre la separación entre clases populares (ética de la buena vida) y la burguesía (ética de la contención).

Respecto al segundo eje que articula la investigación, el trabajo etnográfico propiamente dicho, le permite apreciar que cuando alguien de las clases populares asume una ética de la contención, tal comportamiento le separa del espacio sensorial compartido de su grupo de origen. Pero, también, sostiene que las distintas clases son permeables entre sí y que los grupos dominados forman un continuum heterogéneo.

Los datos que maneja sobre la posición de clase y la atención al cuerpo (índice de masa corporal) indican que grupos sociales distintos perciben de modo distinto la corpulencia. Así encuentra como denominador común interpretativo, de las trayectorias de jóvenes de clases populares, la aceptación de normas alimenticias propias de la clase burguesa (búsqueda de lo exquisito e ingestión de lo que no engorda), y un rechazo generalizado de la gordura como forma de desprecio hacia los habitus populares.

Las jóvenes de clase media-alta que desarrollan trastornos alimenticios no muestran, en las reconstrucciones biográficas que realiza el autor, ninguna de las pautas corporales que caracterizan a las clases populares, como, por ejemplo, la aceptación de la transformación temporal del cuerpo, puesto que para afrontar el envejecimiento del cuerpo recurren a la extensa oferta terapéutica del mercado.

Algunas jóvenes de clases dominantes desean elevarse aún más socialmente, y su anorexia, es interpretada por Moreno Pestaña, como el precio que tienen que pagar por aspirar a formar parte de la élite. Los modelos manejados para interpretar disposiciones y movilidad social ascendente son muy complejos. Respecto a las “trayectorias de desplazamiento” señala que puede haber varias formas de ascenso social en la cuestión alimenticia: el transversal que reconvierte el capital económico en cultural, y el vertical que lo hace de la pobreza al capital cultural y social.

Las disposiciones corporales, por su parte, pueden ser ambiguas; tanto como pueden ser contradictorios los gustos alimenticios de las personas. Estudia minuciosamente las pautas de alimentación de las enfermas de clase media-alta, su entrada problemática en el mercado sexual y matrimonial, la respuesta que las familias dan al trastorno y el tipo de descripción que hacen las jóvenes de los chicos que les gustan.

En el caso de los trastornos alimenticios en mujeres en el medio artístico y cultural nos hace ver el efecto performativo de los discursos empleados por sus entrevistadas, propio de quien posee capital cultural. Vida y teoría aparecen aquí imbricadas, y la anorexia se interpreta en el marco de una resistencia al poder masculino y la subversión de los roles sexuales.

El tercer eje de análisis del trabajo se centra en la investigación de la labor terapéutica de los profesionales, y concluye que es un campo, tanto por la diversidad de profesionales concernidos, como por la pluralidad de corrientes dentro de cada profesión, que se presenta muy fragmentado - no como un dispositivo monolítico- y en el que tienen lugar luchas entre especialistas.

Por otro lado, los hábitos de los profesionales evidencian la proyección de su propia experiencia vital y la trayectoria social en su tarea clínica, y el administrador de etiquetas y recetas deja paso a una figura mucho más vulnerable y cercana.

3.- La entrevista como técnica de investigación cualitativa

Una vez planteados los objetivos, y partiendo de los mismos, se hace necesario recoger la información suficiente para alcanzarlos. Para ello, y dado que el tema que nos ocupa pertenece a la esfera más íntima de los individuos se opta por un enfoque de investigación cualitativo.

La investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones. Cuando se habla de las construcciones tensas del cuerpo es necesario profundizar en la realidad social de las entrevistadas/os -su relación con su entorno familiar, sus pares, su carrera laboral, sus relaciones de pareja- para identificar aquellas dinámicas que justifican comportamientos y manifestaciones –como pueden ser las de autocontrol en la ingestión de alimentos, realización de gran actividad física, arreglos estéticos-

La metodología cualitativa pone el énfasis en entender los fenómenos sociales complejos. El tema de construcciones tensas del cuerpo es un fenómeno complejo por lo que se hace fundamental utilizar un enfoque que permita captar el significado que le dan las/los participantes del proyecto. Esto es necesario porque la realidad de las construcciones tensas del cuerpo está construida por los significados que los individuos le dan. Esto hace necesario buscar los datos en los relatos narrados por las/ los participantes para entender su propio contexto y punto de vista, como actores sociales que son.

Para conseguir esta finalidad es fundamental utilizar el paradigma científico humanista-hermenéutico e interpretativo. Además, de la orientación concretizadora -que trata de captar todo el contenido de experiencias y significados que se dan en los casos concretos de cada participante- del enfoque cualitativo (Carvajal, 2005).

La investigación cualitativa recoge la información a través de las observaciones o de los discursos de la entrevista. En el caso que nos ocupa, se ha optado por la técnica de la entrevista, en concreto, se han realizado tres entrevistas a hombres y trece a mujeres, en total dieciséis entrevistas. Se ha utilizado esta técnica porque la entrevista, en la investigación cualitativa, es un instrumento técnico que tiene gran sintonía epistemológica con este enfoque y también con su teoría metodológica.

Esta entrevista adopta la forma de un diálogo coloquial o entrevista semiestructurada (Martínez, 2006) con el propósito principal de obtener información de los participantes fundamentada en las percepciones, las creencias, las opiniones, los significados y las actitudes (Vargas 2012), se trata de obtener descripciones del mundo vivido por las personas entrevistadas, con el fin de lograr interpretaciones fidedignas del significado que tienen los fenómenos descritos.

En las entrevistas cualitativas realizadas se investigan las experiencias vividas por las/los participantes y se trata de explorar los puntos de vista de las entrevistadas/os para desplegar el significado de su mundo vivido. Las entrevistas dan voz a las personas comunes, lo que les permite presentar libremente sus situaciones de vida en sus propias palabras (Kvale, 1996).

La entrevista, constituye el fluir natural, espontáneo y profundo de las vivencias y recuerdos de la persona entrevistada mediante la presencia y estímulo de la que investiga, quien logra, a través de esa descripción, captar toda la riqueza de sus diversos significados. El propósito de las entrevistas es obtener respuestas sobre el tema de interés, en este caso, sobre las construcciones tensas del cuerpo de las/los entrevistados en los términos, el lenguaje y la perspectiva de los mismos, “en sus propias palabras”, puesto que, el “experto” es el mismo entrevistado (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

La gran relevancia, las posibilidades y la significación del diálogo -que es la forma que adopta la entrevista- como método de conocimiento de los seres humanos, estriba, sobre todo, en la naturaleza y calidad del proceso en que se apoya. A través del dialogo establecido la estructura de la personalidad del interlocutor toma forma. Se obtienen las primeras impresiones al observar sus movimientos. Con la comunicación no verbal -que es directa, inmediata, de gran fuerza en estas interacciones cara a cara y, a menudo, previa a todo control consciente- y con la audición de la voz de la entrevistada/o y toda la amplia gama de contextos verbales que se producen, se aclaran los términos, se descubren las ambigüedades, se definen los problemas, se orienta hacia una perspectiva, se patentizan los presupuestos y las intenciones, se evidencia la irracionalidad de una proposición, se ofrecen criterios de juicio o se recuerdan los hechos necesarios (Martínez, 2006).

La metodología cualitativa se aplica a estudios a nivel micro, por lo que intenta profundizar en la situación objeto de estudio (Pérez, 2001). En el caso que nos ocupa, se trataría de profundizar en las experiencias, creencias, significaciones de las entrevistadas/os para tratar de determinar cómo se conforman las construcciones tensas del cuerpo de cada uno de ellos. Para lo cual se toma, dentro de los diseños de investigación cualitativa, un diseño narrativo, dentro del que se ubica el relato de vida.

Cuando se hace referencia a las narraciones de vida se alude a la historia de una vida tal y como la cuenta la persona que la ha vivido, en este caso, las entrevistadas/os. Se consideran los relatos que las entrevistadas/os hacen de sí mismas. Estos relatos se realizan desde el tiempo presente. Y la indagación se hace sobre determinadas dimensiones de su vida.

4.-El proceso de investigación:

En concreto, en esta investigación se ha indagado sobre distintas dimensiones: La familia, la infancia, la adolescencia y la importancia dada a la salud, el trabajo, las relaciones de pareja, el trabajo y la imagen.

En relación a la familia, las mujeres y hombres entrevistados han hablado sobre las relaciones que han mantenido con sus padres y hermanos en las distintas etapas de su vida, así como en el momento actual. Respecto a la infancia, las entrevistadas/os han narrado los momentos relevantes vividos en esa época, haciendo mención tanto a los momentos tristes, como a los alegres, así como a los recuerdos que conservaban. En cuanto a la adolescencia, las/los participantes han hablado de los amigos, los estudios, los intereses y los hobbies, que tenían, así como de las preocupaciones que experimentaron.

Otra de las dimensiones tratadas ha incidido en la importancia que han dado, en los distintos momentos de sus vidas, y en el momento actual, a la salud, el trabajo, las relaciones de pareja, el trabajo y la imagen. Así como a los niveles de exigencia personales.

En relación al cuerpo, las entrevistadas/os han hablado de las rutinas que mantienen, y de la presión que supone, tanto, el cuidado del cuerpo, como, la imagen ante los demás. En algunos casos se han dado problemáticas específicas que las entrevistadas/os han narrado incidiendo en los episodios importantes y en las justificaciones personales.

Por último se ha hecho referencia a la situación actual de las entrevistadas/os, que han hablado de los conflictos que tienen resueltos y de aquellos que aún no han conseguido resolver. Así mismo, han hecho una valoración personal del proceso, y de los problemas que ha traído consigo.

La información se ha recogido a partir de las dieciséis entrevistas que se han hecho en total. Para su realización se han elegido perfiles que aportaran un discurso particular sobre la construcción tensa del cuerpo, teniendo en cuenta que era necesario recoger la diversidad en cuanto a situaciones, en relación al grado de superación de las mismas y a la intensidad de la problemática. También, se ha tenido en cuenta el concepto de saturación o punto de la investigación de campo en el que los datos comienzan a ser repetitivos y no se logran aprehensiones nuevas importantes.

A la hora de seleccionar a los informantes se ha utilizado la red de contactos de la propia entrevistadora. En un principio se contactó con una asociación de familiares (a través de la trabajadora social de la misma) pero no fue posible, por este medio, captar a ninguna participante. La opción de dirigirnos a Unidades Hospitalarias fue descartada porque buscábamos un discurso “no institucionalizado”.

La captación fue lenta pero en algunos casos funcionó la técnica “bola de nieve”, dos entrevistadas proporcionaron contactos, en concreto, cada una de ellas facilitó un contacto más. A todas ellas se les informó de los fines académicos de la investigación. Y se les garantizó el anonimato. En este sentido se emplearán seudónimos para designar a las/los participantes.

En las entrevistas se ha intentado construir una situación que se asemejase a aquellas en las que las personas hablan naturalmente, por lo que se han realizado en el comedor de una casa, delante de una taza de café u otra bebida, que era ofrecida a las entrevistadas/os, y donde se ha podido hablar con tranquilidad, sin interrupciones, y en un ambiente relajado.

Se iniciaron las entrevistas con preguntas generales y abiertas que facilitaron la narración de las participantes. Todas las/los participantes comenzaron desde un principio hablando de sus perspectivas y experiencias. Se creó un clima que permitió a las entrevistadas/os expresar sentimientos, creencias, percepciones y no únicamente recuerdos o pensamientos.

En las entrevistas no sólo se ha indagado sobre los detalles de las experiencias de las entrevistadas/os sino que se ha indagado, también, sobre los significados que le atribuían a las mismas, para construir el sentido social de su conducta. Se trataron temas muy íntimos y con gran carga emocional, por lo que en algunos momentos las entrevistadas lloraron al narrar su relato. Se concluyó agradeciendo a los participantes la ayuda y el tiempo prestados.

Las entrevistas han sido grabadas y posteriormente transcritas para poder recoger con exactitud las experiencias y significaciones que la persona entrevistada realizaba de las mismas. Se obtuvo la información necesaria acorde a los objetivos fijados. Los discursos recogidos, han servido para esclarecer una experiencia humana subjetiva, que de otro modo, con otro tipo de técnicas, no hubiera sido posible, puesto que se requería información sobre las percepciones, creencias, sentimientos, motivaciones, opiniones y valores sobre un tema de carácter muy íntimo.

5.- Muestra. La obtención de los relatos de vida

Los discursos, en el marco de la investigación llevada a cabo, se han obtenido a través de la realización de entrevistas, que pueden considerarse relatos de vida, teniendo en cuenta la consideración de Bertaux (2005) de que hay relato de vida desde el momento en que un sujeto narra a otra persona, investigador o no, un episodio cualquiera de su experiencia vivida. Desde el momento en el que aparece la forma narrativa en una conversación y el sujeto la utiliza para examinar el contenido de una parte de su experiencia vivida, se trata de un relato de vida. Al multiplicar los relatos de vida de personas que se hallan o se han hallado en situaciones sociales similares, o participando en el mismo mundo social, y al centrar sus testimonios en esas situaciones se aprovechan los conocimientos que ellas han adquirido mediante su experiencia directa de esas situaciones. Al relacionar numerosos testimonios sobre la experiencia vivida de una misma situación social se logra, mediante una construcción progresiva, una representación sociológica de los componentes sociales (colectivos) de la situación.

Para que la comprensión de las acciones del sujeto sea posible se hace necesario el conocimiento de los grupos que han formado parte de un momento dado de la existencia de las/los entrevistados, puesto que el proyecto mismo de vida, de un determinado momento de la existencia, se elabora hablando, construyendo, dialogado, negociado, dentro de la vida en grupo.

Si el sujeto evoca a la familia y a otro tipo de pequeños grupos de los que ha formado parte se abre la puerta a una serie de materiales muy ricos a la hora de la comprensión de la acción en su contexto. La institución “familiar” regulada en el código civil es el marco jurídico, pero las familias concretas que se forman, ya sea dentro de ese marco o fuera de él, son enormemente diversas, en cuanto a recursos materiales y culturales poseídos, coacciones externas, contextos residenciales, aspiraciones y proyectos, que repercuten en los niños que crecen en su seno, puesto que su personalidad, oportunidades en la vida (su campo de posibilidades) se estructura de forma diferente dependiendo en gran medida de la situación social y orientación cultural de su familia de origen.

La familia, por otro lado, moviliza sus recursos económicos, culturales e incluso relacionales para que sus hijos puedan superar con éxito las etapas sucesivas del proceso educativo formal.

Por esta razón se investiga las relaciones con la familia y otros grupos (como el de los amigos) en cada uno de los momentos cronológicos presentados.- infancia, adolescencia y momento actual- haciendo mención a la importancia que se le da a las mismas-. De esta forma quedan reflejadas las relaciones intersubjetivas a las que sólo se puede acceder a través de las entrevistas retrospectivas -del tipo relato de vida-.

Sobre la trayectoria formativa, en las entrevistas realizadas, se indaga sobre la importancia que le dan al trabajo las entrevistadas/os. Por lo que se mencionan las carreras profesionales/laborales de los mismos.

En el caso que nos ocupa, la familia y sus modos de negociación ante el conflicto -que puede generarse debido a la manera de gestionar el propio cuerpo, puesto que pueden existir hábitos inusitados de alimentación o deporte- los apoyos que reporta al sujeto, las aspiraciones, proyectos de vida, que se estructuran para ese miembro de la familia, así como las coacciones o restricciones que se puedan generar en dicho ámbito, sólo se analizan bien en una perspectiva a la vez sincrónica y diacrónica.

De ahí el sentido de indagar sobre las relaciones con la familia en la infancia, la adolescencia y el momento actual. Porque la producción dentro de la familia, si la entendemos como una microempresa centrada en la actividad de producción y de reproducción de las energías de sus miembros, lo que se juega en ella, sus reglas implícitas y sus objetivos, sólo se descubren a largo plazo (Bertaux, 2005).

Los relatos de vida, realizados en el marco de esta investigación, corresponden a personas que han tenido una difícil relación con su cuerpo, que ha terminado conformado una construcción tensa del cuerpo, lo que les ha llevado a tener unos hábitos de conducta específicos en relación a su propio cuerpo. También, se corresponden al relato de personas que han participado de esas situaciones al tener un vínculo familiar -madres- con personas con este tipo de construcciones tensas del cuerpo.

Un relato de vida se encuentra estructurado en torno a una sucesión temporal de acontecimientos - entendidos en un sentido muy amplio, al incluir no sólo lo que le sucedió al sujeto sino también sus propios actos- y las situaciones derivadas de ellos, que constituyen su columna vertebral y que puede ser definida como línea de una vida. En relación a esto, se ha indagado sobre los mismos en las distintas etapas evolutivas –infancia, adolescencia y momento actual- de las mujeres y hombres entrevistados.

Para la obtención de los relatos de vida es necesario realizar, lo que autores como Bertaux (2005) denominan, la apertura del campo, para ello hay que construir una identidad de investigador, por lo que antes de realizar las entrevistas he explicado a las mujeres y hombres participantes que me encontraba realizando la tesis doctoral, y que en ese contexto se encuadraban los relatos recogidos.

Dado que el tema que se ha tratado forma parte de la esfera íntima del individuo, para lograr dichas entrevistas he necesitado contactar primero con personas próximas a la entrevistada, que me identificaran la situación vivida por aquella y que me sirvieran para contactar con la misma. En algunos casos la persona entrevistada me ponía en contacto con otra persona más.

Las entrevistas han tenido lugar en Salamanca y en Madrid después de contactar con las entrevistadas, en un primer momento, telefónicamente, y/o vía e-mail, como modo de concertar finalmente la entrevista, que tienen una duración que oscila entre la hora y media y tres horas. Las personas entrevistadas elegían el momento y el lugar de encuentro (se ofrecía un lugar tranquilo distinto de las cafeterías y lugares públicos, donde se pudiese hablar sin interferencias, que fue siempre el elegido).

A la hora de comenzar la entrevista se realizaba una presentación del estudio aludiendo a que se trataba de un estudio sobre mujeres, su preocupación por la salud y el cuidado. Al inicio de la misma se preguntaba por los datos de filiación: sus años, el lugar de su nacimiento y la ubicación de su residencia, entre otros. Después se le pedía que relatase su propia vida, para inducir al sujeto a que narrase su historia. Posteriormente se le solicitaba que hablase de las relaciones con su familia, de forma concreta, con sus padres y hermanos.

Para pasar después a hablar de su infancia. En relación a la misma se les preguntaba sobre los momentos relevantes, tristes, alegres, recuerdos. En relación a la adolescencia, se hablaba de los amigos, estudios, intereses/hobbies, preocupaciones de esta etapa. Una vez tratados estos temas, se les pedía que hablasen del momento actual, en relación a la familia, las relaciones de pareja y amigos y el trabajo. Después de lo cual la cuestión planteada era a qué le habían dado más valor, que había sido lo más importante a lo largo de su vida.

Una vez acabada su narración se les preguntaba si daban valor a la salud, a las relaciones de pareja, al trabajo, a la imagen. Así como por el nivel de exigencia personal -con preguntas del tipo ¿qué estás dispuesta a hacer?, ¿te sacrificas mucho?, ¿te has sacrificado mucho?- Una vez tratado esto, se pasaba a hablar de las rutinas y del cuerpo, en el sentido del cuidado que le dedicaban, la presión que les pudiera suponer, la imagen ante los demás.

En la última parte se indagaba sobre los problemas vividos, para ello se utilizaban cuestiones del tipo: qué dicen los demás; cuáles han sido las problemáticas específicas, qué pensabas en ese momento - reacciones, contrareacciones (de madre-hija, por ejemplo), episodios importantes -ingresos o peleas-, justificaciones personales. Y para concluir se trataba la situación actual y se les pedía que hablasen de conflictos resueltos y no resueltos, de la valoración personal del proceso y de los problemas presentes.

Se han realizado un total de dieciséis entrevistas, trece de ellas a mujeres y tres a hombres, el mayor peso que recae del lado de las entrevistas a mujeres tiene que ver con el hecho de que la incidencia de carreras corporales tensas es mayor en las mujeres y se trataría de conocer mejor la influencia de la construcción del género en ello.

La estructura de la entrevista, que se ha hecho a los hombres, ha sido la misma que en el caso de las mujeres, sólo que en el caso de la presentación del estudio se les comentaba el interés que tenía su testimonio a pesar de que la investigación estaba muy centrada en las mujeres.

Dentro de las mujeres entrevistadas dos de ellas eran madres de mujeres con construcciones tensas del cuerpo, en su caso, se ha presentado el estudio y se ha iniciado la entrevista preguntando datos relacionados con la filiación de su hija, en concreto, los años de su hija, el lugar de nacimiento, la residencia y otros datos de la familia. Para pasar, posteriormente, al desarrollo, pidiendo que hablasen de la infancia de su hija, en el sentido de relatar cómo fue la infancia y los recuerdos que tenía de esa etapa de la vida de su hija. Una vez concluido este relato se les pedía que narrasen la etapa de vida de la adolescencia de sus hijas, en el sentido de cómo se desarrolló, y en este aspecto se indaga sobre las problemáticas, los deseos y las inquietudes, que sus hijas tenían en esa época. Así como la relación que mantenían madre e hija en esos momentos, y la clase de comunicación que mantenían.

Se les pedía, así mismo, la narración de los episodios importantes vividos por sus hijas, y la interpretación personal de los signos de problema y de las causas de estos acontecimientos. Respecto al comportamiento de su hija, se les preguntaba qué papel habían tenido ellas para intervenir, y respecto a la actitud de sus hijas, se les preguntaba por los argumentos y estrategias que esgrimían sus hijas. Y posteriormente, se les pedía que comentasen la situación actual, en relación a cómo está su hija en el momento presente y la relación establecida con ella en el momento actual. También, se les pedía que realizasen una valoración de la evolución experimentada, y del proceso en general. Para concluir se les preguntaba por las expectativas de futuro de sus hijas, desde su punto de vista.

Las entrevistas han sido grabadas y transcritas para facilitar la recogida y el análisis de los datos.

A continuación se presenta una la tabla 12: Características de la muestra que es una tabla-resumen con datos relevantes de las entrevistadas/os:

Tabla 12: Características de la muestra

Nombre (ficticio)	Edad	Estado Civil	Nivel Educativo	Profesión	Criterio de elección	Fase	Proceso	Tratamiento médico
María	27 años	Soltera	Diplomada	Enfermera	Trastorno alimentario	Adolescencia	Superándolo	Tratamiento en psiquiatría infantil (sin ingreso)
Ana	32 años	viuda	Ciclo Formativo	Auxiliar de clínica	Trastorno alimentario	Adolescencia	Superándolo	Tratamiento psiquiátrico y psicológico (sin ingreso) agravado por los malos tratos recibidos por parte de su marido.
Luisa	36 años	Casada	Ciclo formativo	Técnico de Rayos	Control del cuerpo	A partir de los 27 años	Superándolo	Ninguno
Marta	33 años	Soltera	Licenciada	En paro	Trastorno alimentario	Adolescencia	Superándolo	Ninguno
Susana	29 años	Soltera	Diplomada	Técnico RR.HH	Trastorno alimentario	Adolescencia	Superándolo	Ninguno
Laura	31 años	Casada	Diplomada	Empresaria	Trastorno alimentario	Adolescente	Superándolo	Ninguno
Iván	25	Soltero	Diplomado	Logopeda	Control del cuerpo	Actual	Con Intensidad alta	Ninguno
Estela	30	Casada	Ciclo formativo	Auxiliar clínica	Trastorno alimentario	Adolescencia	Superándolo	Ninguno
Inés (madre de Alba)	Edad de Alba: 20	Estado Civil de Alba: Soltera	Alba está cursando estudios universitarios	Alba es Estudiante	Trastorno alimentario de Alba	Actual	Con intensidad Muy alta	Ingresada (Alba) en Unidad de día Específica Hospitalaria.
Virginia (madre de Rocío)	Edad de Rocío: 29	Estado Civil de Rocío: Soltera	Cursando estudios universitarios	En paro	Trastorno alimentario de Rocío	Adolescencia	Superándolo	Tratamiento psiquiátrico y tratamientos de día en Unidades Específicas.

Nombre (ficticio)	Edad	Estado Civil	Nivel Educativo	Profesión	Criterio de elección	Fase	Proceso	Tratamiento médico
Noemí	38	Soltera	Licenciada	Profesora	Control del cuerpo	Actual	Con Intensidad alta	Ninguno
Araceli	31	Soltera	Ciclo formativo	Protésica Dental	Control del cuerpo	Actual	Superando un capítulo de ruptura sentimental que provocó que dejara de comer y perdiese mucho peso	Ninguno
Carmen	35	Soltera	Licenciada	En paro	Control del cuerpo	Actual	Intensidad alta	Ninguno
Manuel	34	Soltero	Ingeniero	Director técnico comercial	Control del cuerpo	Actual	Intensidad alta	Ninguno
Noelia	39	Soltera	Graduado Escolar	Empleada tintorería	Control del cuerpo	Actual	Intensidad media	Ninguno
Jesús	31	Soltero	Licenciado	Actuario	Trastorno alimentario	Actual	Intensidad alta	Ninguno

6. Perfiles de las mujeres y hombres entrevistados

Se emplearán seudónimos para designar a las/los participantes.

-María-

Mujer de veintisiete años. Tiene un hermano mayor. Sus padres son dueños de un bar y de ganadería. Ella es enfermera. Era una niña alta y grande y en el colegio le pusieron el mote de mastodonte. Esto le creó complejo y comenzó a caminar, a cuidarse y adelgazó. Cuando le dejó su primer novio comenzó a vomitar e intentaba no comer nada. No quería salir de casa, ni ver a sus amigas. Vestía únicamente con un chándal ancho. Se volvió arisca y violenta. Dejó de asistir al instituto y a las clases particulares. Suspendía todas las asignaturas. Era su forma de revelarse al mundo. De manifestarle al chico que la había dejado que era feliz, que disfrutaba y se lo pasaba bien. Pero lo hacía hasta el límite de no tener control sobre ella misma. Cuando su madre se dio cuenta acudió a un médico que la puso en contacto con psiquiatría infantil. Empezó a tomar ansiolíticos para controlar la ansiedad. Al tiempo que un endocrino la enseñaba a comer. No tuvo que ser ingresada en una unidad de trastornos alimenticios. En la actualidad cree que no es posible recuperarse totalmente. Piensa que es imposible que vuelva a ser una persona normal. Se mira en el espejo y sigue sin verse delgada. Tiene miedo a recaer. Tiene pánico a verse mal. Considera que siempre va a estar obsesionada con su cuerpo. Reconoce exigirse mucho en todos los aspectos relacionados con su físico. Y también en el resto de ámbitos. Quiere ser buena en todo, hacer todo lo mejor posible. Ayudar a todo el mundo. Sus padres y su hermano recurren a ella. Siente que la necesitan para todo. Que han cogido dependencia de ella, y en ocasiones se agobia. También siente que su pareja la necesita de forma continuada, que depende de ella para todo. Sigue teniendo muchos complejos y sentimiento de inferioridad. Tiene miedo a sentir rechazo por parte de los demás. Por eso el deseo de querer hacerlo todo. Le queda el miedo a recaer. Aunque piensa que en este momento es difícil porque está muy controlada, tiene una vida estable, casi todas las horas del día ocupadas, y no tiene sentimiento de culpa cuando come.

-Ana-

Mujer de treinta y dos años, considera que la bulimia ha estado enlazada con su vida y ha sido su vía de escape. Desde la infancia sus padres la incluían en sus discusiones y se sentía con mucha responsabilidad. En el colegio practicaba deportes. Como padecía asma tuvo que dejarlo. Se incorporó a un grupo de majorettes. Entraba en discotecas sin tener la edad para ello. Empezó a destacar. Se convirtió en la líder del grupo. Con dieciocho años se enamoró de un chico con el que estuvo un año. Él la dejó por otra chica. Entonces comenzó a hacer todo lo que pudo para adelgazar, aunque su cuerpo le gustaba. Adelgazó muchísimo. Al tiempo empezó una etapa de rebeldía. Bebía. Llegaba tarde a casa. Se enrollaba con chicos. A los diecinueve años empezó a salir con un chico mayor que ella. Dejó de lado sus problemas para centrarse en los suyos. Seguía muy pendiente de su peso. Comía mucho y vomitaba. Se casó con veintitrés años. Sufrió malos tratos, tanto físicos como psíquicos, por parte de su marido. Vomitar era su forma de desahogarse. Comenzó los trámites de separación. La situación era insostenible para ella y para una hija que tenían en común. En este momento su marido se suicidó. Ella dejó de comer. Vomitaba continuamente. Bebía mucha cantidad de alcohol. Se sentía culpable. Cuando comenzaba a recuperarse los padres de su marido reclamaron la custodia de su hija. Esto le produjo una recaída. Lleva tres meses y medio sin vomitar. Pero no se siente recuperada. Considera que padece una enfermedad crónica. Ahora tiene más energía. No está tan deprimida. No tiene tanta ansiedad. Y esto le permite disfrutar, jugar y salir con su hija. Durante el proceso perdió la relación con sus amigas. Reconoce que retomarla le va a costar mucho. Siempre vestía con chándal. Actualmente empieza a ponerse otro tipo de ropa. Se ve más guapa. Mantiene una relación con un chico. Le pone muchas limitaciones. Se ha hecho muy protectora de sí misma. Sus padres no saben las dimensiones de su enfermedad. En este momento vive con ellos. Su padre intenta controlar todos sus movimientos. Su madre le dice que sigue con su padre por ella y por su hija. Su hermana no vive con ellos. Es trece años menor y siempre se ha sentido responsable de ella. Pero la relación que mantienen es distante porque su hermana es muy introvertida.

-Luisa-

Mujer de 36 años. Es Técnica de rayos. Su padre es electricista, actualmente está jubilado, y su madre es ama de casa, tiene tres hermanas. Siempre había pesado cincuenta y ocho kilos pero a los veintisiete años empezó a engordar y llegó a pesar setenta y tres kilos. Tenía problemas de movilidad y se veía mal. Se puso a dieta hasta bajar a sesenta kilos. Luego siguió controlando su alimentación y continuó perdiendo peso. Reconoce que se enganchó a la dieta. Si la dejó fue porque se quedó embarazada. Después de dar a luz seguía manteniéndose en el peso. Pero actualmente está cogiéndolo de nuevo. Cree que es porque pica entre horas, sobre todo cuando está agobiada o tiene ansiedad. Hace la comida en función de lo que le gusta a su hijo. Le gustaría perder cinco kilos pero no se siente con ánimo. Le da pereza hacer dos comidas. El ponerse a dieta ahora lo considera un sacrificio. Cuando tenía un peso mayor lo consideraba una necesidad. No tiene rutinas relacionadas con el ejercicio. El trabajo a turnos, las tareas domésticas y el cuidado de su hijo no se lo permiten. Cuando tiene horas libres las dedica a ir de tiendas o a tomar algo con sus padres o sus amigas. Las relaciones con sus amistades no se interrumpieron cuando estuvo a dieta. Igualmente salía a tomar pinchos o a cenar. Adelgaza cuando hace dietas y cuando las abandona lo recupera. Por lo que siente que debería estar continuamente controlando su alimentación, al igual que hace una de sus hermanas. Pero no quiere entrar en esa dinámica. No quiere que el peso y el control de la alimentación se conviertan en una obsesión.

-Marta-

Mujer de treinta y tres años. Su padre es albañil y su madre estudió magisterio pero nunca ejerció, se dedicó al cuidado de sus hijos y de la casa. Tiene una hermana y un hermano, que han vivido procesos parecidos al suyo. De pequeña era delgada, independiente y fantasiosa, y no quería crecer, ni hacerse mujer, para ella la adolescencia fue un trauma. Estuvo interna en un colegio de monjas, tenía ansiedad, comía mucho y engordó doce kilos, se sentía rara, porque no era como las chicas que tenía como referencia. No le gustaba su cuerpo y tenía muchos complejos. Se volvió muy superficial, insegura, y rebelde. Bebía mucho los fines de semana. Empezó hacer ejercicio pero se daba grandes atracones antes de ir a las clases. Pasada la adolescencia seguía teniendo grandes complejos con su físico. Tenía miedo a la sexualidad. Y aunque intentaba hacer ejercicio y tener más control con la comida no lo lograba. A partir de los veintisiete años su vida cambia. Se enamoró de una persona que le ayudó a descubrir su cuerpo, su sexualidad y a valorar lo que tenía. Se matriculó en estudios de postgrado. Empezó hacer más deporte. A leer más. Actualmente sigue haciendo deporte. Reconoce que algunas veces se da atracones. Pero no tiene tanta ansiedad con la comida como antes. Ha cambiado la percepción que tiene de su cuerpo. Ahora le gusta. Realiza meditación y hace psicoanálisis. Trabaja su parte espiritual, emocional y eso le ayuda.

-Susana-

Mujer de veintinueve años, hija única, cuando comenzó el instituto empezó hacer dietas. Tenía como referente a compañeras delgadas, ella no lo estaba. Perdió mucho peso pero ella seguía viéndose gorda. Asociaba delgadez con felicidad. Cuando estaba delgada no era feliz. Dejo de salir. Estaba con un chico que no quería que les viesen juntos. Enfermó su padre y murieron familiares cercanos. Su estado de ánimo dependía de su delgadez. Preocupada por adelgazar eliminó de su dieta gran cantidad de alimentos. En la actualidad le preocupa su salud. Siente que necesita cuidarla. Intenta comer de todo y controlar su ansiedad. Relaciona su problema con la ansiedad. Hace bastante ejercicio. Es muy perfeccionista en todos los ámbitos de su vida. Se sacrifica y se exige mucho. No hacerlo le genera angustia. Le preocupa mucho la imagen que da a los demás. Le gusta agradar a la gente y que la vean bien. Se fija mucho en el aspecto físico y en la ropa que llevan otras mujeres. Una de sus prioridades es estar delgada. El engordar le entristece. Está obsesionada con las cremas, y las dietas. Con anterioridad también con las pastillas y los saciantes. Está siguiendo las pautas de una naturista para controlar la ansiedad y bajar peso. Acudió a ella porque necesitaba calma interior. En lo relativo a su físico no tiene seguridad. Siente que en este ámbito no consigue lo que se propone. Su meta es estar delgada. Su pareja y sus amigas la ven bien. A ella le obsesiona su imagen. Ahora se siente mejor porque le indican la razón de su ansiedad. Está empezando a entenderse más a sí misma. Quiere crear unas rutinas que le ayuden adelgazar y a mantenerse siempre así. No tener control sobre este aspecto le genera un conflicto interno. En el resto de los ámbitos siente que lo tiene. Es metódica, organizada. En cuestión de alimentación necesita que la organicen y guíen otros.

-Laura-

Mujer de treinta y un años. Tiene un hermano mayor. Su madre es profesora. Su padre tenía una empresa. Falleció. A partir de entonces ella la dirige. Enfocó sus estudios para ello. Cuando su padre enfermó quiso abandonar los estudios y ponerse a trabajar en la empresa. Sus padres no se lo permitieron. Sus estudios le sirvieron para superar su problema. Tiene buenos recuerdos de su infancia. Su familia tenía una situación económica acomodada. Y ella disfrutaba de ello. En la adolescencia se relacionaba con dos grupos de amigos. Pasaba mucho tiempo con su padre. Compartían su afición por los caballos. Su novio le produjo la obsesión por adelgazar. Se puso a dieta. Comenzó hacer ejercicio. Llegó un momento en el que apenas comía. Lo poco que comía lo vomitaba. Sentía mucha debilidad. Tuvo que dejar de hacer ejercicio. No podía apenas caminar. Pero no era consciente del daño que se estaba causando. Le cambió el carácter. Las relaciones con sus amigas y con su familia se resintieron. Dejó de hacer todo lo que siempre le había gustado. Su felicidad consistía en estar cada vez más delgada y gustar a su novio. No tenía una percepción real de su delgadez. Sus padres acudieron con ella al médico. Ella no aceptó ayuda psicológica. Su madre sí recurrió a profesionales especializados para tener unas pautas de actuación. Se enamoró de otra persona y dejó a su novio. Su nueva pareja consiguió que viese la comida de otra forma. Ahora acepta su cuerpo, se ve de otra manera. Su marido y sus amigos le han ayudado a ello. Hace deporte pero sin machacarse. Le da miedo recaer y alejarse de su familia. Le gusta cuidarse y gustar pero ya no le obsesiona. No se siente mal si coge peso. Porque la delgadez no le dio la felicidad que pensaba que le iba a dar. Es muy perfeccionista. Pero le cuesta valorarse y quererse a sí misma. Se cuestiona mucho. Piensa que es porque en este proceso perdió mucha autoestima. Cree que necesitaría dedicarse más tiempo a sí misma para pensar y reflexionar.

-Iván-

Hombre de veinticinco años. Es de un pueblo de Córdoba. Tiene una hermana mayor. La infancia la recuerda sin problemas. En la adolescencia practicaba deporte cuando tenía tiempo y le apetecía. Siempre le ha gustado mucho cuidarse y la ropa. Cuando iba a la universidad se apuntó al gimnasio porque era la moda. Le enganchó tanto que sacrifica cualquier cosa por ir. Dejo de salir por la noche. Lleva una dieta muy estricta. Si come o bebe algo que considera un exceso luego hace más deporte. Está continuamente pensando en los hábitos alimenticios que tiene que seguir y en el gimnasio. Antepone la imagen a la salud. Es muy inflexible con sus rutinas de cuidado. Las relaciones personales se han visto afectadas. Se pone muy nervioso si no come cada dos horas. Su pareja cree que debería pedir ayuda especializada. Sus amigos le dicen que está "pirao". Su familia cree que se cuida en exceso. En el trabajo ven raro sus hábitos de alimentación. El no verse bien le influye en el ánimo. Y nunca se ve bien. Siempre quiere estar más musculado. Cree que no lo consigue por ser de constitución delgada. A pensado en inyectarse anabolizantes para conseguir el cuerpo que desea. Él considera sus hábitos normales porque están generalizados en su círculo del gimnasio. Su novia no pertenece a este ámbito. Salir con ella le está haciendo cuestionarse esa normalidad. Reconoce estar obsesionado con el gimnasio, con lo que come, bebe y duerme. Cree que debería relajarse, no ser tan estricto.

-Estela-

Mujer de treinta años. Es de Salamanca. Sus padres están separados. Su padre se volvió a casar. Tiene tres hermanos. Dos del segundo matrimonio de su padre. Recuerda una infancia feliz hasta los quince años. En ese momento sus padres se separaron. Ella sentía que no podía dominar su vida. No quería crecer. Dejó de comer. Si comía algo lo vomitaba. Se veía gorda aunque pesaba muy poco. Se volvió muy egoísta. Tenía cambios bruscos de humor. Se obsesionó con la báscula. Asociaba delgadez con felicidad. Adelgazar era su forma de demostrar a los demás que estaba bien. Adelgazaba pero no era feliz. No se encontraba bien anímicamente. Dejó de salir con sus amigas. Mantuvo una relación con un chico muy dominante que la controlaba, la insultaba, la gritaba y la anulaba. Con veinticinco años empezó a recuperarse. Dejó la relación con su novio. Comenzó a relacionarse de nuevo con sus amigos. Se hizo más consciente de que estaba poniendo en riesgo su salud. Comenzó a comer poco a poco. Empezó a salir con otro chico. La entendía muy bien. Actualmente es su marido. Se siente valorada por él. Ha vuelto a retomar la confianza con sus padres. El proceso había deteriorado la relación. Ahora disfruta de la comida. Tiene ganas de hacer cosas. No se pesa para evitar obsesionarse de nuevo. Cree que es un problema que no se supera pero que se aprende a vivir con él.

-Inés (madre de Alba)-

Es la madre de una mujer de veinte años. Son ambas colombianas. Su hija estaba en su país. Hace tres meses que llegó a Salamanca para recibir tratamiento clínico. Siempre ha vivido en Colombia con su abuela. Es hija única. Se ha criado con dos primos que vivían con su abuela. Ha sido una niña muy calmada y solitaria. A lo largo de su vida únicamente ha tenido dos amigas. Ha vivido muy encerrada en sí misma. Es muy callada, tímida, estudiosa e inteligente. A partir de la adolescencia madre e hija han tenido una relación tensa. Su hija no aceptaba a su nueva pareja. Ni que tuviese amistades. Se mostraba muy rebelde y acaparadora. Tenía sobrepeso y estaba muy acomplexada. Deseaba estar delgada. A partir de los trece años empezó hacer dietas. No conseguía adelgazar. A los dieciocho años le realizaron una liposucción. Aún quería estar más delgada. A partir de ese momento dejó de comer por completo. Le cambió el carácter. Rompió las relaciones familiares que mantenía. Se negaba a ver a sus tías. No se conectaba por internet con su madre. Adelgazó mucho. No tenía fuerzas. Se cayó al suelo y era incapaz de levantarse. Tuvo que ser ingresada en un hospital de Colombia. Estuvo dos meses ingresada. Cuando le dieron el alta continuó con los mismos hábitos. Se negaba a venir a España o a que su madre fuera. Con veinte años tuvo que ser ingresada de nuevo. Pesaba treinta y seis kilos. Tras ese nuevo ingreso pidió venir con su madre. En el momento actual permanece ingresada durante el día en un Hospital de Salamanca. Después pasa mucho tiempo con su madre. La relación entre ambas ha mejorado. Físicamente se está recuperando. Pero necesita recuperarse psíquicamente. Su madre teme que tras el alta pueda recaer.

-Virginia (madre de Rocio)-

Es la madre de una mujer de veintinueve años. Su hija de niña comía muy bien, jugaba al fútbol, tenía muchas amigas. Con catorce años cambió de ciudad y de instituto. No fue capaz de hacer un nuevo grupo de amigas. Empezó a salir con un chico. A raíz de los comentarios que le hacía se obsesionó con la comida. A pesar de que era alta y delgada. Empezó a bajar de peso. No dormía, no comía y vomitaba. A los dieciséis años empezó a ser tratada por médicos y psicólogos. A los veintidós años recibió tratamiento hospitalario. Tuvo recaídas posteriores. Ha padecido crisis epilépticas. En la actualidad ha retomado las relaciones con su familia. Durante el proceso se habían deteriorado. Está rehaciendo su grupo de amigos. Está acabando sus estudios. Colabora con una ONG. Continúa con hábitos como los de caminar mucho. La madre cree que es una enfermedad que siempre va a estar ahí. Pero psicológicamente está mejor. Animada y muy pendiente de su familia. Está más recuperada. Come todo tipo de alimentos. Puede empezar a tratarse las secuelas que le han quedado. Ha perdido la dentadura. Tiene que ponerse implantes. La madre ahora la ve fuerte. Necesita un trabajo e independencia económica. Actualmente la madre le proporciona lo que necesita. Destina gran parte de lo que gana a su hija. El tiempo libre que tiene se lo dedica a ella. Intenta compaginarlo con la dedicación a otros miembros de la familia. Ella y sus necesidades quedan en último lugar. El proceso a la madre le ha generado mucha ansiedad y tensión.

-Noemí-

Mujer de treinta y ocho años. Nació en Galicia. Vive en Madrid. Trabaja como profesora en un colegio. Su infancia la recuerda feliz. Con trece años cambió de residencia. Vivían en un pueblo y se fueron a Santiago. El último año de EGB lo hizo en un colegio nuevo. Los grupos estaban hechos y le costó mucho adaptarse. Consiguió nuevos amigos al año siguiente en el Instituto. Practicaba tenis y le gustaba mucho el fútbol. Durante esa época se veía gorda y quería adelgazar. Pero no era una preocupación obsesiva. No quería ser mayor. No le gustaba crecer y tener responsabilidades. Odiaba cumplir años. Era feliz. Se llevaba estupendamente con sus padres. No tenía ningún problema. Actualmente hace mucho deporte por imagen. Empezó a ir al gimnasio porque en Madrid se lleva una vida muy sedentaria. Cumplía años y su cuerpo cambiaba. Quería hacer ejercicio de sudar. Ahora sale del trabajo y se va al gimnasio. Llega muy cansada y le relaja mucho. Tiene un grupo de amigos allí. Se exige mucho. Sacrifica su tiempo libre. Sacrifica el descanso. Sacrifica el quedar con gente. Sacrifica el no comer todos los días lo que quiere. Durante la semana lleva una dieta muy estricta. Desde pequeña ha sido muy estricta con las dietas. Con doce años el médico la puso a dieta. No se ve bien. Se ve defectos. En el gimnasio busca tonificarse. Le interesa estar dura. Lo asocia con estar saludable. Cree que obtiene poca recompensa para el sacrificio que hace. Lo achaca a su metabolismo. Tiende a engordar. Le cuesta mucho. Intenta poner unos límites al esfuerzo que hace. Se mueve en un entorno en el que cuidarse de ese modo es lo habitual. Por eso sus rutinas le parecen normales.

-Araceli -

Mujer de treinta y un años. Nació en Brasil. Lleva ocho años residiendo en Madrid. Tiene una hermana. También vive en Madrid. Su madre vive en Brasil. Su padre falleció cuando tenía seis años. Ese momento fue muy triste. Pero su infancia en general fue muy feliz. La adolescencia la pasó en Brasil. Tiene muy buenos recuerdos. Se vino a España porque estaba su hermana. Estuvo un año trabajando en un Restaurante. Tenía ansiedad y comía mucho. Engordó y se veía muy mal. Se apuntó al gimnasio. Controlaba mucho lo que comía. Recuperó su peso. Caminaba y seguía yendo al gimnasio por estar más firme. Después encontró trabajo en un Laboratorio Dental. Eran los estudios que había realizado en Brasil. Se quedó. No hizo un grupo de amigos. Empezó a salir con un chico al poco tiempo de llegar. Únicamente salía con él. No hacía nada de forma independiente. Lo sacrificaba todo. No iba a Brasil porque no podían ir juntos. Le daba preferencia a él. En segundo lugar estaba ella. Él mantuvo una relación con otra persona. Dejaron su relación. A raíz de esto dejó totalmente de comer. Adelgazó mucho. No podía dormir. Y hasta que no retomaron su relación no consiguió recuperarse. A partir de ese momento empezó a comer y a dormir. En la actualidad se cuida mucho. Le preocupa su imagen. Siempre le ha preocupado. Sigue teniendo a su pareja en primer lugar. Quiere revertirlo y darse preferencia. Tiene deseos de hacer cosas que la realicen. Reconoce que sigue sin hacerlo. No tiene la iniciativa suficiente. Lo siente como un fracaso. No es capaz de tomar decisiones. Físicamente está recuperada pero mentalmente no. Es incapaz de hacer cosas autónoma e independientemente. Siente que se ha anulado. Consigue hacer muy pocas cosas sola. Ella no era así. Duda de que sea capaz de superarlo.

-Carmen-

Mujer de treinta y cinco años. Nació en Madrid. Reside allí. Tiene cuatro hermanos. Tres son de un matrimonio anterior de su padre. La relación con ellos es inexistente. Con la hermana de padre y madre mantiene relación pero no muy buena. Su madre es argentina y su familia está en ese país. La familia de su padre no aceptó el segundo matrimonio y no se relaciona con ellos. Le gustaría tener una familia más grande y más unida. De su infancia y adolescencia tiene recuerdos tristes. Empezó a ser feliz cuando se independizó. Se cuida mucho. Intenta cuidarse por dentro. Comer sano. La gente de su alrededor se extraña de sus hábitos alimenticios. Toma las legumbres germinadas, zumos de verdura y fruta, avena, mijo, quínoa, arroz integral. Intenta no tomar trigo. Intenta comer poca carne. Cree que comer sano evita enfermedades. Y hace sentir mejor anímicamente. Si sale a comer fuera cuida mucho lo que pide. Va al gimnasio, a clases de baile, hace pesas, camina, nada, monta en bici. Utiliza cremas naturales. Intenta no tomar medicinas. Toma infusiones o hierbas que ayudan a sanar. Cree que tomar medicinas enferma más. Busca una imagen saludable que identifica con delgadez no extrema y tonificación. Se trataría de estar delgado pero fuerte. Que el cuerpo refleje hábitos deportivos. Asocia la flacidez con sedentarismo. Algo que rechaza. Quiere llevar una vida activa y saludable. Cree que eso le ayuda anímicamente. Le ha costado encontrar su camino y tenía bajones. El proceso en general le ha generado conflictos personales. No era capaz de integrarse en grupos. Actualmente se siente mejor. Más cómoda y estable con su vida. Considera que es fruto de la madurez. Tiene más seguridad interna. Y las relaciones con sus padres han mejorado. Tiene una pareja. Pero sigue teniendo conflictos personales. Sobre todo con los amigos.

-Manuel-

Hombre de treinta y cuatro años. Nació en Madrid. Reside allí actualmente. Tiene un hermano. La relación con él siempre ha sido buena. Con sus padres también. Tuvo una infancia feliz. Pero recuerda que a los nueve años estuvo muy gordo. Los niños se metían con él. Comía mucho. Debido a un esguince no podía hacer ejercicio. A los trece años empezó a crecer y adelgazar. Hacía mucho deporte. Estilizó. Tuvo una adolescencia sin problemas. Era muy buen estudiante. Muy responsable. Hizo Ingeniería Industrial. Casi no salía con los amigos durante el curso. Los veranos los tenía libres y se iba de vacaciones con ellos. Nunca dejó de hacer ejercicio. Se apuntó a un gimnasio. Actualmente mantiene amigos de la universidad, alguno del colegio. Y ha hecho amigos en el gimnasio. Allí conoció a su pareja. Mantiene amistad con compañeros de trabajo. Da mucha importancia a los amigos y a la familia. Y sobre todo valora el aprender y progresar. Tiene un trabajo de responsabilidad. Lo que le impide comer con la frecuencia que desea. Y le obliga a comer fuera. No le gusta porque es muy estricto y ordenado con la comida. Está muy preocupado por la salud. Su salud es buena. Pero va al médico y a revisiones frecuentemente. Le preocupa su imagen. Verse bien y gustar a los demás. Es muy ordenado y exigente consigo mismo en todos los ámbitos. A nivel laboral, personal, de cuidado, de deporte, tiene que superarse a sí mismo día a día. Compite consigo mismo. Tiene rutinas de entrenamiento y alimentación. Va todos los días al gimnasio. Toma cinco comidas al día. No toma grasas saturadas. Los hidratos de carbono al principio del día. Las comidas poco saladas. Todo a la plancha. No bebe alcohol. Porque deshidrata, no tiene aportes nutrientes y engorda. Está muy preocupado por llevar una alimentación sana y ordenada. Come mucha cantidad porque lleva una vida activa y hace deporte. A su pareja y a sus padres les parece muy exageradas sus rutinas de cuidado. Reconoce estar muy condicionado por sus rutinas y su orden. Actualmente está intentando ser más flexible por su pareja.

-Noelia-

Mujer de treinta y nueve años. Nació en Madrid y reside allí. Tiene cuatro hermanos. Vive con sus padres y un hermano en la casa familiar. Tiene recuerdos muy buenos de su infancia. Mantiene a los amigos de la infancia. Los estudios no le fueron bien porque tenía dislexia. En la adolescencia jugaba al fútbol y al baloncesto. No tenía preocupaciones. Ha sido muy niña hasta el momento actual. A raíz de una enfermedad de su padre ha tenido que asumir responsabilidades. Va al gimnasio todos los días. Pasa de dos a cuatro horas. Le sirve de relajación. Se evade de los problemas familiares. Tiene allí su espacio y su tiempo. Entabla relaciones personales. Dedica gran parte del tiempo hablar con la gente. No va a "machacarse". Se ve gordita pero no se ve floja. No sigue ningún tipo de dieta. Come todo lo que le apetece. Pero tiene que adelgazar por motivos de salud. Sigue un control médico. Ha adelgazado pero tiene que adelgazar más. No se mira al espejo. Elige la ropa por comodidad. Casi siempre va con un chándal. No se da crema ni se maquilla. Cree que es ponerse una máscara. No ser ella misma. Lo mismo le ocurre con vestidos y zapatos de tacón. Lo ve para otras personas pero no para ella. Si se arregla mucho está incomoda. Solía salir siempre con gente que no se arreglaba. Actualmente sale con amigas del gimnasio que se arreglan más. Ella hace lo mismo para que no se sientan incomodas con ella. Pero le cuesta porque le genera inseguridad. No sabe si va bien o mal. Asocia esa imagen y esos cuidados corporales con un status social. Los hábitos de cuidado y la preocupación por la imagen la ve bien en personas educadas y con alto nivel adquisitivo. No lo ve bien en otros casos. Lo tacha de apariencia y no le gusta.

-Jesús-

Hombre de treinta y un años. Nació en Madrid y reside allí. Tiene un hermano y una hermana. Vive en la casa familiar con sus padres y su hermano. Mantiene buena relación con su familia. Su hermano y él tienen amigos comunes y salen juntos. Con su padre practica aficiones compartidas. Tuvo una infancia feliz. Tiene recuerdos muy alegres de esta etapa. En la adolescencia tuvo decepciones amorosas y de amistad que le afectaron mucho. Hacía mucho deporte. Jugaba al fútbol. Competía en un equipo. A los quince años empezó a salir por la noche, bebía, fumaba. Su capacidad pulmonar se resintió. Seguía jugando en el equipo. Pero no iba a los entrenamientos. Con diecinueve años tuvo que dejar la competición porque no rendía. Sus padres estaban continuamente enfadados con él. Actualmente le cuesta compaginar todas las actividades que realiza. Y estar con todos los grupos que ha formado. Intenta tener contentos a todos y no lo consigue. Eso le supone una problemática consigo mismo. No tiene pareja porque no cree en el amor. En el trabajo tiene mucha estabilidad y lo valora muy positivamente. Estudió ADE y Actariales. Lo hizo por las salidas profesionales. Y guiado por los criterios de su padre que es Economista. Le hubiese gustado trabajar en algo relacionado con los niños y el deporte. Reconoce el deporte como su droga. Le importa mucho su físico y hacer cosas saludables. Se cuida demasiado a la hora de comer. Los demás le dicen que está enfermo. Su madre le dice que no come. No le gusta encontrarse muy lleno. Necesita verse bien físicamente. Estar en su línea. Intenta controlar la cantidad y calidad de lo que ingiere. Cuenta las calorías. Juega tres días al fútbol, tres días al pádel y va cinco al gimnasio. El fin de semana va de caza y de pesca. Se siente muy cansado. Sabe que tiene que comer y lo intenta. Mentalmente dice voy a comer. Come un poco y retira otro tanto. Come muy poca cantidad. Realmente le gusta comer. Le apetecería comer pero no puede hacerlo. Se pelea mucho consigo mismo. Quiere tener un cuerpo perfecto. Un cuerpo fuerte de gimnasio y delgado. Nota ambas cosas incompatibles. Intenta mantenerse delgado y con abdominales. Ahora se ve bien. En épocas anteriores se veía siempre mal. Su sacrificio está dando los resultados que desea. Pero confronta con la gente de su alrededor. Están preocupados por sus hábitos y su extrema delgadez.

RESULTADOS: LOS DISCURSOS SOBRE LA CONSTRUCCIÓN CORPORAL TENSA.

El tema de las construcciones tensas del cuerpo, que se ha tratado, hace referencia a dinámicas en las cuales el lenguaje juega un rol central en la búsqueda de explicaciones y soluciones, puesto que, el discurso es un lugar donde los prejuicios, estereotipos, representaciones negativas, se re-producen. Y su análisis permite leer la realidad social. Además, el análisis se hace necesario porque la opacidad acompaña naturalmente a los procesos discursivos, ya que, el lenguaje no es transparente, los signos no son inocentes, la connotación va con la denotación, el lenguaje muestra, pero también distorsiona y oculta, a veces lo expresado refleja directamente lo pensado y a veces sólo es un indicio.

Por tanto, una vez presentado el perfil de las personas que han sido entrevistadas se realiza el análisis de los discursos recogidos. En los mismos, cobra un gran peso explicativo la biografía, porque se explica lo que pasa a partir de momentos puntuales: La infancia, la adolescencia, y el momento actual de las personas entrevistadas. A través de esta línea discursiva la identidad de género toma gran relevancia porque el autoconcepto de cuerpo que cada persona tiene se construye desde una perspectiva de género. La idea de belleza, no es ajena a los estereotipos de género. Y el canon de belleza está en la base de las construcciones del cuerpo, ya que, en estas construcciones se siguen las normas estéticas que han sido interiorizadas. Por esta razón, a la hora de presentar los resultados se estructuran del modo siguiente:

- El cuerpo en el recorrido biográfico: La infancia, la adolescencia y el periodo adulto.
- Cuerpo y Género: La identidad de género y el cuerpo
- La idea de belleza y la idea de salud.
- El cuerpo y su construcción.

El cuerpo en el recorrido biográfico:

En los discursos recogidos cobra un gran peso explicativo la biografía porque se explica lo que pasa tomando los momentos de la infancia, la adolescencia y el periodo adulto.

La infancia

Si tenemos en cuenta el enfoque relacional de la Sociología de la Infancia, cuyos principales exponentes son Mayall (2000) y Alanen (1994), se debe considerar a la infancia como una generación con un estatus y una posición de poder determinada e interpretar los procesos en que participan las niñas y los niños como relaciones generacionales de poder y negociación, similares al orden de género, pero teniendo en cuenta que la acción social infantil se da dentro de parámetros de poder minoritario, lo que implica relaciones generacionales de poder emanadas por la propia dependencia y la necesidad de protección.

Para mis padres yo era la niña, incluso mi hermano siempre me tenía a mí rabia porque él era el malo y yo siempre era la buena y - no pegues a tu hermana (María).

Cuando eres niño, al final, estás metido en tu familia y la que te toque, si hay discusiones en casa te las comes con patatas, y no puedes hacer nada, sólo puedes estar ahí y aguantar, por decirlo de alguna manera (Carmen)

La socialización es el proceso mediante el cual los individuos pertenecientes a una sociedad o cultura aprenden e interiorizan un repertorio de normas, valores y formas de percibir la realidad, que les dota de las capacidades necesarias para desempeñarse satisfactoriamente en la interacción social con otros individuos de ésta. Como señalan Berger y Luckman (1967) el individuo no nace miembro de una sociedad sino que es inducido a participar en la sociedad a través de la internalización de sus normas.

A través de la socialización primaria -la que el individuo atraviesa en la niñez- se convierte en miembro de la sociedad. Todo individuo nace dentro de una estructura social objetiva en la cual encuentra a los otros significantes que están encargados de su socialización y que le son impuestos. Los principales agentes socializadores son la familia y la escuela. Ambos son fuentes de normas, pero no son igual de efectivos a la hora de imponer su cumplimiento, pudiendo sentirse la niña/o obligada a su cumplimiento en un ámbito y en otro no. Esto dependerá de las consecuencias que conlleven los incumplimientos en los distintos contextos. Será relevante, también, la actuación de los modelos de referencia, en relación al cumplimiento de esa norma, dentro de cada institución. Así como, si hay contradicción o no entre las normas que se impongan, ya que, si las normas no están claras no son efectivas. El que las normas tengan efectividad en un ámbito escolar y en el ámbito familiar no, puede hacer que la niña/o se sienta constreñida en el primero, mientras que en el segundo se sienta más auténtica/o al tener más libertad de acción, por estar menos normalizado.

Yo iba a un colegio de monjas, y bueno, pues yo era muy, la imagen que yo proyectaba en el colegio y en mi clase con las monjas era de niña dócil, es un colegio católico donde era muy obediente, no era nada trasta, que pasaba, que cuando llegaba a casa no era la misma, digamos que tenía un rol fuera en la calle, era más obediente, más débil quizá, y en mi casa me empoderaba, pues he vivido en esa dualidad, fuera, hacia fuera, las normas bien, y en mi entorno era donde era más de verdad (Marta).

La familia es el primer agente socializador con el que se encuentra el recién llegado al mundo social. La acción socializadora de la familia se va a extender a lo largo de un periodo muy considerable de la vida humana, no siendo suplantada sino complementada por la acción de otros agentes socializadores- como la escuela-, sobre todo en lo que respecta a las funciones más primarias y que hacen referencia a sentimientos, valores y actitudes.

El desarrollo emocional-afectivo se produce en el seno familiar, siendo la base para la adecuada adquisición de valores de referencia que guíen la propia existencia y la génesis de actitudes coherentes con ellos.

Mis padres, sobre todo lo que me han enseñado, más mi madre, era, tenemos esto, pues hay que valorarlo, o sea, y no por tener tres, ya no, pues hay que valorar las tres cosas, y por muy pequeño que sea, todo hay que valorarlo, así que en ese aspecto bien (Laura).

La familia constituye el primer subsistema social donde observar y practicar roles, ofreciendo modelos en los que confluyen elementos diferenciadores y, a la vez, molde de las relaciones sociales que se ejercen en ámbitos más amplios.

He tenido una madre permisiva, y un rol de madre protector, o sea, un rol clásico, cliché, de madre y un rol de padre autoritario y con el que me comunicaba menos y era como el ogro (Marta).

La meta de la familia es socializar al individuo. La familia es trascendental en la construcción del autoconcepto y la autoestima de todos sus miembros.

Me he movido entre esa dualidad, roles muy marcados, entonces, en mi casa ha faltado asertividad (...) si tus padres no se conocen ellos bien, no pueden enseñar a un hijo a que se conozca bien, y a que se valore, y a que se motive, y hacer mucho por las cosas, (...) mi padre era más por la fuerza bruta, y mi madre era tan permisiva que, cuando uno sobreprotege invalida (...) porque si tú a tu hijo no le enseñas hacer las cosas por él le conviertes en un inútil, en un dependiente de ti, y eso le va a pasar factura (Marta).

Es interesante destacar el papel diferenciado que tanto el padre como la madre ejercen en la socialización de la niña/o. Ambos son igual de competentes para encargarse del cuidado de los hijos, pero cada miembro asume, normalmente, el rol estereotipado que la sociedad le asigna por el hecho de ser hombre o mujer. Dentro de las categorías adscritas al rol femenino nos encontramos las de cuidar, velar y proteger (regañar, perseguir). Los roles así establecidos pueden conllevar a las niñas/os a asumir que uno de los adultos es el responsable de los aspectos cotidianos atribuyéndole funciones de este tipo mientras que el otro es caracterizado por la comprensión, la falta de implicaciones y la afectividad, algo que genera actuaciones negativas en las niñas/os y crea situaciones contradictorias.

Mi padre siempre se ha mantenido, mi padre siempre ha sido el bueno de la película, mi madre siempre ha sido la mala, era la que me reñía, la que me chillaba, la que andaba detrás mío (...) y mi padre era el que siempre estaba callado, el que se mantenía callado, en un segundo margen, el que siempre ha estado..., sabe lo que he tenido, sabe lo que he pasado, pero nunca, pocas veces me ha chillado, pocas veces me ha dicho (...) mi padre ha sido siempre como un segundo plano en este ambiente, (...) siendo mi amigo un poco, siempre he sido su ojito derecho, soy la niña, mi hermano y yo solos (...) mi madre no me podía decir nada porque a todo la saltaba, si la tenía que empujar la empujaba (...) insultaba a mi madre, déjame en paz, incluso alguna vez tengo la imagen de haberla agarrado y haberla dicho déjame en paz, no me agobies, o sea, de haber tenido momentos de agresividad (María).

En este grupo primario, que es la familia, las relaciones que se establecen entre los miembros implican a cada individuo en su totalidad y no sólo a uno u otro aspecto de su personalidad, como sucede en la mayoría de las asociaciones entre seres humanos. En la familia se produce, por tanto, un aprendizaje y una interiorización profundamente emocional que la convierten en la fuente de las influencias más poderosas a las que el individuo está sometido en todas las sociedades.

En el caso de disolución de la pareja, formada por los padres, la superación de ese momento de ruptura, respecto a la infancia, supone un reajuste en el sentido de reconstrucción de las redes de parentesco previamente alteradas o parcialmente suprimidas.

Es mal, es una situación, estabas mal, no era por ti, porque realmente por una separación de tus padres tú no haces, pero es mal, entonces, como que todo, me llamaban tonta y como si me hubieran llamado, era todo, como que te encuentras desprotegida, te encuentras, entonces, como que te intentas hacer fuerte ,-nada me afecta, y además estoy fenomenal, y me veo fenomenal, y como que, no sé, no sé explicártelo (Estela).

El tipo de familia "nuclear", compuesta principalmente por los padres y uno o dos hermanos no es siempre el grupo primario en el que los entrevistados se han socializado por cuestiones diversas: Separación de los padres, muerte de uno de los progenitores, familias en las que las abuelas han asumido el cuidado para facilitar el acceso de la mujer al mercado laboral o llevar a cabo un proyecto de migración.

Mi hermana vive aquí, mi madre está en Brasil y mi padre ha fallecido hace veintiséis años, entonces, estamos mi madre, mi hermana y yo, sólo las tres (Araceli).

La madre de mi madre era como mi madre fue la que me cuido siempre (María).

La inclusión de las abuelas aportan otros modelos de comportamiento, de valores y experiencias en la socialización de los niños. Tal y como indica una madre respecto a su hija.

Mira, que yo viví muy poco su infancia, pero ha sido una niña muy calmada, ha sido muy de ella, y como hay que tener en cuenta que ella vivía con mi madre, que es una persona mayor, entonces ella se ha criado con mi madre, y es una persona que ya está mayor y no te deja, que vivía encerradita con su, o sea, ha tenido pocas amistades, ha sido más bien suya, muy de ella, muy ... (Inés (Madre de Alba))

Dentro del grupo primario que conforma la familia la relación con los hermanos incide en la socialización de la niña/o.

Yo de niño, niño, fui mal estudiante, mis padres me enderezaron, y ya entonces, además con el ejemplo de mi hermano, que mi hermano siempre fue muy bueno, y tal, y sacaba muy buenas notas, ya, yo me enderecé (...) mi hermano es mucho más ordenado, y mucho más (se ríe), no tanto en las rutinas y tal, pero digamos que yo, y eso sí que es cierto, también me ha condicionado un poco en mi vida, que cuando yo era niño, más niño, es curioso, porque yo era muy, no de romper las cosas, pero sí que era mucho más de -¡ah! Juguetes, y los dejaba por aquí y las cosas las dejaba sin guardar tanto, y sin ordenar tanto, y mi hermano siempre, -(se nombra a sí mismo), esto lo tienes que guardar aquí, y esto en el otro lado, y esto mételo en la funda, no sé qué, y esto no lo dejes, no, y entonces él que es una persona mucho más, muy ordenada, a esa edad, yo creo que, de alguna manera, me ha cambiado en ese sentido, también para ser más organizado. (Manuel)

En algunos casos esta relación se hace extensiva a los primos. Como indica una madre en relación a su hija.

Tiene un sobrino que prácticamente se han criado juntos, entonces ella con él, pues ahora, ellos se llevan como si fueran dos hermanos. (Inés (madre de Alba)).

Existen características o circunstancias familiares que influyen en la socialización de los hijos, como el hecho de vivir en un ambiente rural o urbano. El medio, en el que se desenvuelven, influye en el sentido de que las comunidades -rurales o urbanas- poseen unas características específicas, que condicionan al niño, dando a sus conductas, actitudes e intereses, matices particulares y propios de la zona. La población rural presenta unas dimensiones del hábitat familiar y relacional de mayor amplitud.

Yo no soy de Córdoba capital, soy de un pueblo, y claro, en un pueblo las relaciones siempre son como más estrechas y mis amigos de hoy en día siguen siendo los de siempre (Iván).

Otra de las características o circunstancias familiares que influyen en la socialización de las hijas/os es el ambiente socioeconómico y sociocultural, dándose importantes diferencias respecto a la autoridad que se ejerza, al código lingüístico que se utilice y a los hábitos que se inculquen.

Tengo muy buenos recuerdos, yo creo que no tengo ningún recuerdo, así, que me haga sufrir o que me haga no, son recuerdos muy buenos, mi madre siempre ha estado con nosotros, y al ser profesora yo creo que se nota un montón, el cómo se trata a los niños, la paciencia que tienes, además, en mi casa era, de mis padres que se casaron de no tener nada, claro, ha sido una ascensión, ir subiendo, cada vez la vida nos ha ido mejor, bueno, les ha ido mejor a ellos, y entonces, claro, hemos vivido muy a gusto, teníamos, pues eso, nuestra casa, un chalet, tal, yo he tenido caballos, y luego, mi padre me compró, ahí, dos caballos, o sea, he tenido, yo recuerdo la infancia como una época muy bonita, muy bien (Laura).

El tipo de autoridad de los padres es, en sí misma, otra de las características que influyen en la socialización de los hijos, el tipo de autoridad de los padres difiere, pudiendo ser mayoritariamente autoritarismo -exigencia de obediencia, escaso nivel de afecto-, permisividad -exigencia escasa, problemas de control de impulsos- o democracia -altos niveles de comunicación y afecto, madurez, independencia- siendo esta última la más aconsejable, pero no siempre la que prima en el núcleo familiar. La autoridad puede entenderse de modos diversos, asignándose, en ocasiones, a la madre la educación de los hijos y las tareas del hogar y atribuyéndole al padre el papel de “justiciero”, que interviene a la hora de poner un castigo o tomar una decisión importante.

Mis padres me han dado todo, nunca me ha faltado nada, mi padre es albañil, ha trabajado mucho. (...) Mi madre estudió magisterio, pero no ejerció, porque cuando se quedó embarazada aprobó las oposiciones, se acabó el chollo de trabajar, se le acabó su vida de tenencia y se dedicó a los hijos, y ha estado siempre en casa cuidándonos (...) un rol clásico, cliché, de madre y un rol de padre autoritario y con el que me comunicaba menos y era como el ogro, mi madre decía- “pues como no hagas esto se lo digo a tú padre (Marta).

Otras características familiares que influyen en la socialización de las hijas/os son el trabajo de los padres o su nivel de estudios

Mi padre es Economista (...) tenemos un vinculo bastante cercano, no es un padre que esté en un pedestal y no le pueda toser (Jesús).

Todas estas características o circunstancias familiares, que influyen en el proceso socializador de los hijos, no actúan de forma independiente sino que lo hacen interrelacionadas entre sí.

Por otro lado, las relaciones entre pares en la primera infancia son esenciales para la adaptación social, porque ayudan a manejar nuevas habilidades sociales y a acceder a las normas sociales y procesos involucrados en las relaciones interpersonales. Tal y como indica una madre en relación a su hija:

Era la típica niña que se llevaba bien con todo el mundo, que el cumpleaños era, como vivíamos cerca del colegio, mi casa siempre ha estado abierta a todos, y si las madres estaban trabajando ellas se quedaban con ella en casa, o sea, que ha sido una niña siempre muy sociable (Virginia (madre de Rocío))

En los ambientes urbanos los lugares en los que las niñas/os se relacionan con los pares son las casas o los espacios públicos destinados a juegos -parques infantiles, ludotecas- donde los juegos suelen estar organizados. En las zonas rurales las niñas/os pueden relacionarse con los pares al aire libre y disfrutar de los juegos en espacios abiertos que estimulan la creatividad infantil. Las actividades en espacios abiertos estimulan la curiosidad de las niñas/os y les exigen pensar de forma creativa, y les obliga a tomar decisiones y resolver dificultades a través de su imaginación.

yo recuerdo que cada verano hacíamos un verano temático, eh, un verano, decíamos que la tenada del pueblo donde estaban las gallinas, la tenada de los pueblos, la tenada de casa de mi tía decíamos que era un bar, entonces, nos íbamos, yo era la mayor de las primas, muy mandona, por cierto, y les decía, vámonos a buscar enseres para la cafetería, nos íbamos al basurero, que era uno de los lugares que más me gustaba, me gustaba mucho el basurero porque encontraba de todo, entonces, todo lo que en casa no te dejaban tocar, ahí lo podía tocar, entonces yo, con los champús de geniol, ¿te acuerdas?, que eran de colores, amarillos, verdes, rojos, de huevo, de no sé qué, eran las tacitas del bar, las hojas de los arboles eran los filetes de ternera, las otras bolitas eran granos de arroz, bueno, era una pasada todo lo que disfrutábamos allí, entonces para mi suponía una liberación, donde yo mi creatividad la explotaba al máximo (Marta).

Cuando en la infancia las niñas/os se encuentran ante un espacio abierto los límites para sus juegos y actividades los tienen que poner ellos, con su creatividad e imaginación.

yo he jugado mucho, por ejemplo, yo nunca he tenido una consola ni nada, he jugado mucho con las manos, pues hacer comiditas en la calle con las hierbas, no sé qué, jugar con las amigas en la calle, hacer vestidos a las muñecas, ha sido una infancia muy de jugar con mis amigas en el pueblo (María).

Estos espacios proporcionan a las niñas/os la oportunidad de tener interacciones sociales de calidad con otros pares. Las actividades en espacios abiertos estimulan la autonomía, al permitir desarrollar a las niñas/os sus propios juegos, y, además, fomentan las relaciones personales.

Recuerdo, yo, en general, me recuerdo mi infancia muy feliz, siempre, porque yo fui muy libre, teníamos una casa muy grande que tenía un patio muy grande con muchos vecinos, fui muy, muy niña, de jugar a la tierra, de jugar con la pelota, con la bici (...) Muchas amigas, amigos, muchos vecinos de la calle, éramos un montón, jugábamos, siempre estábamos ahí jugando, había un terreno vacío al lado de mi casa, abandonado, e íbamos allí a jugar con la tierra, hacer tarta de barro, no sé qué, y yo era muy de jugar así, luego con la bici estábamos siempre, con las muñecas, éramos un montón, estábamos siempre los vecinos así, o en mi casa, o en la casa de ellos, y mucho en la calle, con vecinos, en la calle, calle, jugábamos allí (Araceli).

Algo muy destacado por las entrevistadas/os, respecto a su infancia en el ambiente rural -ya sea porque vivieron en pueblos o pasaron largas temporadas de verano- son los juegos en la calle y la sensación de libertad.

Mi infancia ha sido alegre, todo, todo alegre, ha sido, ya digo, la mejor época de mi vida, mi infancia fue en un pueblo de Santiago, porque mi padre se fue a trabajar a un pueblo, de allí, de Galicia, entonces, vivimos en un pueblo, como diez años, y era todo calle, jugar, bueno, el colegio, para mí fue lo mejor (Noemí).

En ese pueblo es donde he pasado prácticamente todos los veranos de mi vida, hasta los veintitrés, tengo treinta y cuatro años, qué suponía para mí el pueblo, donde veía a mis primas del País Vasco, donde nos juntábamos, para mí el pueblo suponía la liberación, suponía encontrarme con mi identidad más salvaje, con mi identidad más pura, más espontánea, donde yo podía hacer lo que quería, donde poder salir a la calle en bragas, podía ir al kiosco comer lo que quería, todo el día en la calle, con bicicletas, o sea, mis recuerdos más maravillosos son del pueblo de mi madre (Marta).

En los espacios abiertos, al aire libre, las niñas/os tienen más espacio para moverse, andar y correr.

Siempre he vivido aquí en Pozuelo y en verano nos íbamos, los tres meses de verano, al pueblo, y fenomenal, muy, muy bien, muy divertidas, muy, muy bien. Sí, donde yo vivía en la Estación es un barrio muy pequeñito y era súper divertido, salíamos a la calle, todo el día en la calle, genial, luego en el pueblo tres meses pues salvaje, como digo yo, desde que te levantabas hasta que te acostabas estabas en la calle, aquí tenías una hora para irte a casa, allí no, salías a la calle y estaba a la hora que fuera y no había peligro, ni un coche, genial, estupendo (Noelia).

Los momentos más felices de la infancia las entrevistadas/os los asocian con los juegos de infancia y su relación con pares.

No, hombre, de infancia, alegres, luego, al cabo de los años, he tenido malas experiencias en algunos momentos con muchas cosas pero en la infancia todo positivo, o sea, tuve momentos muy buenos porque me llevaba muy bien con un primo con el que veraneábamos todos los años, y, a lo mejor, siempre me viene a la mente, sus golferías, pues quitaba cuatro perras a mi abuela y siempre nos echaba las broncas a nosotros y ¡uff!, esa fue una época, y otra época tenía una perra gigante, que era un mastín de los pirineos, así, grande, recuerdo que nos montaban cuando éramos chiquitines, y como si fuera un caballo, y nos llevaba, sí, sí, tengo muchos recuerdos, todos buenos (Jesús).

El juego es el modo de reforzar las relaciones con las otras/os, a través del juego se expresan emociones, sentimientos, afecto y se fortalecen los lazos de unión entre las personas que participan.

La infancia es un momento feliz, yo me lo pasé muy bien, muy bien tengo muchos recuerdos, de hecho, uno de los sueños más recurrentes que tengo (...) yo sueño muchas veces que estoy en el patio de mi colegio jugando al fútbol con mis amigos (se ríe), me lo pasé muy bien, recuerdo muchas cosas con cariño y con un poco de nostalgia (Manuel).

Sin embargo, en la infancia se pueden experimentar dificultades crónicas en las relaciones entre pares, como hostilidad y aislamiento. Puesto que es frecuente que el ser identificado con el cuerpo sea un elemento de hostilidad: quien se aleja de la imagen corporal “bella” establecida por la cultura de la “estética corporal”, e interiorizada en el proceso de socialización, pueden sufrir la estigmatización social por apartarse del estereotipo exitoso. Se trata, por tanto, de una estrategia de segmentación y exclusión social (Corti, 2005).

Los estereotipos funcionan en las sociedades a nivel de tres componentes: cognitivo, afectivo y comportamental. El componente cognitivo permite reconocer el estereotipo corporal exitoso porque encuadra con conocimientos previos que se tienen sobre el mismo. El componente afectivo juega con los sentimientos que se experimentan en relación a ese estereotipo, que pueden ser positivos o de prejuicio u hostilidad (dependiendo de si se acerca o aleja del exitoso). El componente comportamental supone llevar a la práctica acciones asociadas a esos sentimientos experimentados frente a ciertos estereotipos, como cuando se le niega a una niña/o la pertenencia a un grupo o pandilla por no ajustarse a unos parámetros de belleza determinados. Estos tres componentes pueden aparecer todos juntos o se puede asociar a una persona características negativas sin sentir hostilidad o reticencia hacia la misma y sin excluirla del grupo o pandilla.

Yo durante el colegio había sido como..., lo había pasado mal porque a mí me ponían el mote de mastodonte porque era una chica muy alta, grande, y yo sí es verdad que tenía un pelín de complejo (María).

Cuando eres niño y tal, estaba gordo y todos en plan, -ahh, no me duró mucho, como te digo, pero fueron unos años, en los que sí es verdad que era como que, era grande también, no era solamente gordo, era grande, sabes, pero, bueno, sí que es verdad que ahí coges un poco de conciencia de que sí se menten conmigo, a veces, un poco, no mucho, porque como, ya te digo, era grandote, pues meterse conmigo era...(se ríe) (Manuel).

Yo nunca me vi una chica guapa o una chica, digamos, de las guays que decían, yo siempre me he considerado como de las marginadas pero que quería ir con las guays (...) que tuve algún problema en clase, o que en el patio de luces allí en el pueblo donde vivíamos, salíamos los niños y las niñas a jugar, y sí que hubo algún momento que, alguna vez, mi madre tuvo que decir –oye qué pasa, y tal, porque se metían conmigo (...)se metían conmigo pues porque me decían – ah mira que tal, o me rechazaban (...)(Marta).

Los primeros problemas con los pares pueden producir un impacto negativo en el desarrollo social y emocional posterior.

Lo del colegio también me hizo, el machacarme un poco, entonces yo sí es verdad que empecé andar ,empecé a cuidarme (....) el complejo que tenía del colegio, de que se metían conmigo, de esa cosa que siempre la he tenido ahí, además cuando hacemos alguna reunión de quintos o de amigos, o sea, yo siempre lo digo, digo, es que a mí me machacabais, o sea, y lo expreso y se lo digo, es que me machacabais, y me dicen, bueno que no será para tanto, sí, nadie lo recuerda, lo gracioso es que nadie lo recuerda (María).

La creación de la autoestima, tan relacionada con vivir y crecer en un clima de aceptación puede verse minada.

Sigo teniendo muchos complejos, incluso, yo creo, que tengo mucho sentimiento de inferioridad, muchas veces, me siento muy inferior a la gente (...)no soy capaz de ver lo que valgo (...) tengo mucho miedo a sentir rechazo (María)

Yo siempre he tendido a compararme con los demás en general, siempre, ha sido algo que se ha perpetuado en mi vida, que siempre, miro atrás y siempre me he estado comparando con los demás, que sucede cuando te comparas con los demás, que no valoras lo que tienes (Marta)

La Adolescencia

En este periodo, a través de la socialización, se asumen creencias y se adoptan roles haciendo frente a las exigencias y expectativas adultas. Se trata de una situación de tránsito desde una situación general de dependencia a otra de independencia, que marca una ruptura respecto a la infancia. Las entrevistadas marcan ese momento como el de asumir responsabilidades y madurar, sin embargo, es algo que no siempre se desea hacer, debido a que en este proceso se abandona el terreno conocido y seguro de la niñez, en el que se cuenta con la protección y seguridad brindada por los padres, para emprender la tarea de ser adulto y ser responsable, por lo que puede aparecer miedo a crecer y hacerse independiente.

No quería crecer, no, yo creo que era eso, que yo no quería crecer, y no quería desarrollarme, yo quería seguir viviendo con mis sueños, mis cuentos imaginarios, que era muy fantasiosa de pequeña (...) en el momento que tú creces asumes responsabilidades, no quería crecer, porque eso suponía asumir responsabilidades y madurar, y a lo mejor, yo no quería eso (...) pues yo me miraba al espejo, y yo dije, que yo no quería tener pecho, que si me salía me lo cortaba, yo no me quería hacer mayor y no quería hacerme mujer (Marta).

No quería ser mayor. Ser mayor, tener responsabilidades, no me gustaba, no, yo muy feliz, no tenía ningún problema, con mis padres yo me llevaba estupendo, hay gente que, a lo mejor, se quiere ir de casa, porque no se lleva bien con sus padres, quiere ser mayor para, no, yo no quería crecer, me jodía cumplir años, eso me jode todavía ahora, no era el plan de quiero ser mayor para irme de casa, no, yo estaba muy feliz y muy contenta, tenía una libertad, sabes, y mis padres no me hacían nada (Noemí).

La pubertad está marcada, en las mujeres, por la menarquía, señal de la madurez sexual que, por la significación que se le atribuye, es algo más que un mero fenómeno natural o biológico, tiene un valor simbólico, la primera menstruación asume el valor de una iniciación para las adolescentes y su entorno, definiendo, al mismo tiempo, el lugar de inferioridad y subordinación que toda sociedad patriarcal asigna al sexo femenino (Benlloch; Amigot; Bayot; Bonilla; Castillo; Gómez; Jódar; Tubert y Mira, 2008).

Ante la pubertad femenina se experimenta una ambivalencia, mezcla de admiración y desvalorización que se expresa con sentimientos contrapuestos. La desvalorización existe porque tener la regla está asociado a vergüenza, confusión, secretismo, dolor, restricción de movimiento y de acción, y por esto se la rechaza. Es decir, a este proceso biológico están fuertemente arraigados mitos, creencias y prejuicios que determinan que las primeras reacciones emocionales que experimenta una adolescente durante su primera menstruación puedan ser de rechazo.

Cuando me bajó la regla, pues estuve llorando, para mí fue traumático, yo no quería tener la regla, yo no sé como lo viven otras niñas, que a lo mejor quieren tenerlo, pero yo recuerdo que por una parte admiraba a las chicas de mi clase cuando les bajaba el periodo, porque yo lo tuve en octavo de EGB, ya bastante tarde, yo fui como de las últimas, por una parte sentía envidia porque parecía como que al tener la regla como que ya se hacían más mujeres, o los chicos las miraban de otra manera, entonces yo quería también que me bajara la regla pero cuando me bajo me puse a llorar, y le decía a mi madre- qué no la quería tener, - pues te ha bajado -¡ay dios, no quiero mama! (Marta).

La magnitud de los cambios corporales que suceden en la pubertad tiene como consecuencia un aumento en el interés y la preocupación de las/los adolescentes por su imagen corporal. Existen algunas diferencias por sexo con relación al foco de interés y grado de satisfacción con la imagen corporal.

A los chicos les preocupa en primera instancia los aspectos relacionados con el poder físico que pueden alcanzar, siendo la estatura y la masa muscular los factores más interesantes para ellos. Puesto que a lo largo del periodo de crecimiento van aumentando estos índices, los chicos se sienten cada vez más satisfechos, en niveles generalmente superiores a las chicas (Adrián y Rangel 2012)

De niño ha sido así, es que he comido un montón, entonces, ahí, engordé, y entre, más o menos que yo recuerde, desde 2° o 3° de EGB, que estaba más o menos delgadito, grande pero no gordo, ahí estuve gordo hasta que llegué a 6° o 7° de EGB que empecé el estirón, ya sabes que cuando llegas a la adolescencia tu cuerpo cambia, y yo a parte de dar el estirón, que empecé a crecer, también empecé adelgazar, jugué, además, porque siempre me ha gustado moverme (...), jugué mucho al baloncesto, me gustó mucho, claro, se me daba bien porque era alto, fíjate con trece años media casi 1.80, yo para tener esa edad que tenía, trece años, era un tío muy alto y ahí ya sí que me quedé, pues, más estilizado, y desde entonces, yo, mi metabolismo ha sido más de eso, que aunque como bastante, siempre he comido bastante, no engordo mucho, la verdad, pero tuve un momento en el que estuve hermoso, estuve gordo, sí, sí, sí (Manuel)

A las mujeres adolescentes, por el contrario, les preocupa ser demasiado gruesas o demasiado altas, por lo que a medida que crecen tienden a sentirse menos satisfechas con su cuerpo (Adrián y Rangel 2012). La insatisfacción corporal es definida como la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo. La insatisfacción corporal se deriva de una comparación entre los modelos sociales de belleza y el propio cuerpo (Garner, 1998).

En las sociedades actuales se ha impuesto la delgadez como canon de belleza y se ha extendido, sobre todo entre las mujeres, la preocupación por no sentirse incluidas dentro de los estándares de pesos y formas que la cultura imperante presenta como óptimos. Las mujeres, en general, aceptan sin cuestionarlo un sistema de parámetros externos, que ocasiona una presión externa que las empuja adelgazar pero sin disponer de criterios fundamentados para valorar si es algo positivo o conveniente para ellas. Compararse con personas o amigas que cumplen con esos parámetros de belleza puede provocar una distorsión de su propia imagen corporal y el deseo de adelgazar para acercarse a ese modelo de cuerpo que asumen como perfecto.

Uff, Sí, porque yo veía a mis amigas que eran delgaditas, eran monas, y yo me veía como un autentico monstruo y ves las fotos mías y luego dice todo el mundo -no eras fea, pero lo que a mí me generó fue -quiero ser como mis amigas (María)

La imagen corporal consiste en el conocimiento y representación simbólica global del propio cuerpo, es la manera en como uno se ve e imagina a sí mismo. Esta visión o percepción de la imagen corporal puede ser satisfactoria o, por lo contrario, ser negativa y producir insatisfacción corporal. La formación de una imagen corporal negativa puede venir determinada por el hecho de magnificar los defectos y centrar la atención en ellos, algo que ocasiona pensamientos negativos injustificados respecto al propio cuerpo, provocando malestar, máxime si tenemos en cuenta que las mujeres interiorizan, durante esta etapa adolescente (y también en la niñez), que su cuerpo es importante y que deberá tener unas características determinadas para tener valor.

No me gustaba mi cuerpo, no me gustaba mi espalda, no me gustaba mi rodilla, no me gustaba la cara, no me gustaba mi barriga, es que no me gustaba mi cuerpo, entonces, claro, cuando no te gusta tu cuerpo pues lo pasas fatal (Marta)

Una imagen corporal negativa en la adolescencia puede causar ansiedad interpersonal. Si una adolescente no es capaz de aceptarse creerá que los demás tampoco podrán hacerlo. Como resultado puede sentirse incómoda o inadecuada en sus interacciones sociales. A veces puede suceder con personas del propio sexo y a veces del sexo contrario.

Me metí en una dinámica en la que no quería salir de casa, no quería ver a mis amigas (...) yo a mis amigas como que las dejé de lado, para mí mis amigas dejaron como un poco de existir, yo me metí en casa (...) no quería nada, me volví , o sea, muy arisca (María)

Estar preocupado por el propio cuerpo en la etapa adolescente puede causar problemas de relación sexual, pues puede provocar miedos a mostrar el cuerpo desnudo, especialmente la parte que se considera más desagradable e influye decisivamente en la calidad de la relación.

Lo que pasa es que yo en esa época no, yo no tenía orgasmos ni nada, ni conocía mi cuerpo, ni lo que me gustaba, entonces no disfrutaba del sexo, y también yo seguía teniendo complejos con mi cuerpo, tenía sexo con él, pero no me sentía muy segura para hacer muchas cosas, tampoco sabía, yo perdí la virginidad a los veintitrés años y yo he sido siempre muy insegura, como he tenido complejos, pues no me daba por tener sexo antes, ni estar con chicos (Marta).

La imagen corporal que tiene la adolescente se construye por un componente perceptivo, un componente cognitivo-afectivo y un componente conductual, que se encuentran interrelacionados entre sí. Es decir, debido a cómo percibe su cuerpo y cómo se siente con el mismo puede hacer cosas como ponerse ropa más ancha o compararse continuamente con los demás:

Me acuerdo que del colegio tenía un chándal, el típico chándal ancho, era el único que me ponía, no me podía poner otra cosa, no me quería arreglar, no quería nada (María).

Antes no me quitaba el chándal (...) de tener diez chándal (Ana).

Yo me comparaba con ellas, y decía –Ah! Que pelo tan bonito tienen, yo quiero tener ese pelo, porque yo lo tengo fosco, yo lo quería tener liso, claro, quería tener los ojos verdes o azules y el pelo rubio, qué pasaba, que era todo lo contrario, mi cuerpo era, mi físico era todo lo contrario entonces pues tenía ese debate interno, que a medida que iba creciendo se iba acrecentando y se iba poniendo más feo, entonces ahí ya empecé a tener más complejos de físico (Marta).

Una imagen corporal negativa o distorsionada puede afectar a la adolescente cognitiva, emocional y conductualmente, hasta el punto de desarrollar condiciones clínicas como los trastornos alimentarios (Thompson, Coover, Richards, Johnson, y Cattarin, 1995).

Me veía tan gorda, me veía tan mal, porque claro es que esa es otra, es que tú te mirabas al espejo y yo no me veía delgada, y yo podía estar, una chica normal, yo te enseño fotos y no vas a ver una chica gorda, no, yo era una chica normal, más corpulenta, más así, pero bueno sin más, y la verdad que un día mi madre se empezó a dar cuenta de lo que iba, porque, claro, yo vomitaba pero no me daba cuenta de que el baño se queda manchado por debajo (María)

La adolescencia es un periodo de cambios muy rápidos, un momento en el que el cuerpo de la niña/o se transforma hasta conseguir las formas de un cuerpo adulto. Este proceso conlleva una redefinición de la imagen corporal, que es el cuerpo, la silueta, la apariencia física, que una persona experimenta tener en cada momento de su desarrollo. Si le causa gran insatisfacción puede querer domesticar el cuerpo con una restricción o con un consumo excesivo de comida. El aumento de las actividades físicas y la introducción de cambios en la dieta en la adolescencia guardan relación con estos procesos. Tal y como relatan las entrevistadas de sí mismas y una madre en relación a su hija.

Se hacía pesas con las botellas de agua de litro y medio o dos litros, las llenaba de agua o de arena, y se pasaba por la noche haciendo abdominales y pesas (...) comía menos, sólo quería comer ensalada y ensalada o jamón york o queso fresco (...) se lo comía pero venía a buscarlo andando desde Santa Marta al Carrefour, mira los kilómetros que te estoy diciendo (Virginia (Madre de Rocío))

Seguí con la natación, que iba todas las semanas, y ahí sí que hacía yo la comida y me cuidaba bastante más, empecé a comer muchas verduras, empecé con las dietas, no dietas, hábitos, porque yo dietas nunca he hecho porque me crea mucha ansiedad, yo lo que hacía es que comía ciertos alimentos a mediodía como pueden ser hidratos, y verdura y no juntarlos con proteínas, la carne y el pescado lo dejaba para por la tarde, las cenas, empecé a tomar bebida de soja (...), empecé a tomar fruta, cereales integrales, a tomar agua, ahí ya empecé a cuidarme pero como todavía la parte mental no la tenía muy equilibrada no iba todo...(Marta)

Tengo 27 años empecé el tema este de la bulimia con 14 aproximadamente (...) yo creo que lo de la bulimia, fue la etapa de antes de la bulimia fue mala porque era cuando empezaba a tontear, pues eso, con pastillas de adelgazar, con hacer más ejercicio de la cuenta, me acuerdo que me bajaba al gimnasio a Béjar, también a veces, luego fue la etapa esa de la bulimia agresiva, de vomitar, de comprar, odiar a todo el mundo, es que además yo odiaba a todo el mundo (María).

La autoestima que tenga la adolescente, considerada como el aprecio que tenga por sí misma, depende de la autoimagen, que se construye de acuerdo a un ideal que alcanzar, en función de su historia personal. La autoimagen puede estar cerca o lejos de este ideal.

Así, de acuerdo a la construcción de la autoimagen en la adolescencia, y por tanto, dependiendo en gran medida de las vinculaciones que se hayan dado con las figuras más significativas en este periodo, cada individuo va a estimarse a sí mismo en mayor o menor medida, generando con ello una serie de acciones, pensamientos y sentimientos que inciden directamente en la mayor o menor vulnerabilidad de este individuo. A la hora de enfrentar asuntos como la apariencia, la popularidad o sus relaciones de noviazgo, si no siente confianza en su capacidad para entablar relaciones románticas, y tener novio en su ámbito de referencia es lo que más importa, su seguridad y autoestima pueden minarse.

Yo iba a un colegio mixto, de monjas, y jo, las chicas se empiezan a echar novio y tal, y yo no tenía novio, no sé si yo era rara, yo decía, si me gustan los chicos, y claro, ya empiezas un poco a acomplejarte, porque dices, bueno, las populares tienen novio, y van detrás de ellas, y son como más seguras y más creídas y más, y yo nada, y otras como yo, no es que fuera yo (Marta).

La autoestima de la adolescente no tiene que ver necesariamente con quién realmente es, sino con quien cree ser. Por esta razón la autoestima está muy relacionada con los éxitos o fracasos que se pueda tener en esta etapa adolescente. Si la adolescente se siente bien consigo misma, se puede sentir capaz de lograr muchas cosas. Si por el contrario, se siente mal, esto le puede dificultar el tomar iniciativas y dirigirse a lograr metas por temor a no ser capaz de lograrlas. En la adolescencia los sentimientos de inseguridad pueden generar conflictos y la sensación de no saber enfrentar las dificultades o los retos que se presentan, esta sensación, generalmente, desaparece cuando se supera esta etapa.

En la adolescencia sí tenía más conflictos, de, yo qué sé, de no saber dónde estar, de no saber, de estar, la sensación de estar muy perdida, ¿no?, en la adolescencia, y esa sensación no la tengo ahora (...) tengo la sensación de que puedo conseguirlo (...) tengo otro tipo de seguridad (Carmen)

Una pobre imagen corporal en la adolescencia puede ir asociada a una baja autoestima. Si la adolescente se siente mal con su cuerpo puede que se sienta poco adecuada como persona y no valore sus capacidades. Si no le gusta su cuerpo es difícil que le guste la persona que vive en él. Asimismo, es muy difícil que aprecie indistintamente cualidades de destreza o trabajo o incluso inteligencia, separadamente del aprecio por el propio cuerpo, las mujeres, especialmente, suelen subordinar muchas de estas cualidades al atractivo (Raich, 2004). En las sociedades actuales ese atractivo va ligado a la delgadez, puesto que, el modelo actual de belleza impone un cuerpo cada vez más delgado. A su vez la delgadez está asociada a prestigio social, éxito, belleza, elegancia, higiene, salud. Y algunas adolescentes forjan la idea de que la forma de conseguir la felicidad es adelgazando.

Era muy insegura, porque estaba hecha una mierda, no sabía que quería en la vida, o sea, me sentía fatal con mi cuerpo (...) yo no valoraba nada de lo que tenía (Marta).

Y he de decir también que yo pensé que cuando estuviese delgada sería mucho más feliz y no, no. Cuando te quedas delgada, que yo pensé que iba a estar feliz y todo, es cuando dejé de salir (...) yo me amargaba (...) dejé de salir, dejé de salir, dejé de hacer cosas. (...) cuando he estado como he sido yo realmente es cuando he estado con las personas que yo he querido (...) pero el adelgazar o el engordar puede ser de lo que más me entristezca sin dudarlo. (...) que digas, estoy más triste porque he engordado, es que es muy triste, me produce tristeza, triste, de decir, jo, así (Susana).

La autoestima de la adolescente depende, también, de la percepción que tengan los otros de ella. La percepción de los otros resulta un aspecto altamente valorado por las/los adolescentes. Si son objeto de burla por parte de sus pares o estos realizan comentarios despectivos hacia ellas o ellos, o las aíslan, es muy probable que su autoestima se vea afectada, repercutiendo en la conformación de su identidad y en su autovaloración.

Lo había pasado mal porque a mí me ponían el mote de mastodonte (...) el complejo que tenía del colegio, de que se metían conmigo, de esa cosa que siempre la he tenido ahí (...) no soy capaz de ver lo que valgo (...) sino que si alguien como que te hace un feo encima me hago más chica (María)

En la adolescencia el grupo de pares es el centro de los intereses y actividades de los adolescentes, por lo que sienten la necesidad de gustar a su grupo de iguales y sentir su aprobación, en una etapa caracterizada por una gran inseguridad, -generada por los cambios físicos, psicológicos, sexuales y emocionales que se producen-. Con la aprobación de los demás buscan conseguir cierta estabilidad emocional. Pero la necesidad de gustar llevada al extremo puede convertirles en marionetas de los demás al no desarrollar su propia personalidad ni formar su identidad, al subordinarla a lo que creen que los demás esperan de ellas/ellos. Seguir el ejemplo de aquellos a los que admiran, por la necesidad imperiosa de gustarles, puede hacer que se inicien en las drogas o el alcohol, que se vuelvan violentos. Además el interés progresivo que sienten hacia un tipo de relaciones basadas en el cortejo y el romance, unido a la necesidad de sentirse queridos por los demás, puede llevarles hasta extremos insanos por esa necesidad de gustar a los demás.

Las amigas también han sido muy importantes en mi vida, el tema de las relaciones, o sea, ya no de chicos, sino las relaciones con amistades, como yo siempre he querido ir con las populares y parecerme a unos referentes de chicas que yo tenía idealizados, pues, idealizaba, qué quería yo cuando era adolescente, cuando era así más niña, buscaba la superficialidad, buscaba la belleza, la estética, que eran importantes y populares con los chicos, a pesar de que tengo otros valores , tenía otros valores que a lo mejor no tenían otras chicas que eran populares, como puede ser ayudar a otras personas, estar más pendiente de tal, ser más amiga, más legal, estar siempre ahí, yo buscaba esa superficialidad ¿no? (...) Iba con amigas que no me hacían bien, por qué, porque yo me dejaba llevar mucho por las amistades, he sido muy

manipulada, bueno, porque yo me dejaba, porque yo no podía ni con mi cuerpo ni con mi mente cualquiera podía desde fuera mover los hilos (Marta)

Tú cuando quieres a una persona quieres agradarla, hacer con ella cosas, claro, que sea todo reciproco (...)tampoco era, era, sí bueno pues estás más delgada, pero bueno, pasaba una chica y se seguía dando la vuelta, y tonteaba con chicas delante mío, y tal, mi padre por ejemplo me decía -eres como un perrín para él, él te dice salta y tú saltarías, o sea, y dice- vale ya, abre los ojos, dice, hazte valer y sé tú y tal (Laura).

Pero para a mí la adolescencia no ha sido una etapa bonita, yo lo que dice mi madre, yo pasé de jugar con las berbies, que me regalaron un año la casa de la Barbie, a jugar al año siguiente con los Ken, pasar, pasé de un extremo a otro pero de golpe, yo para mí en el colegio no existían novios, uig, novios no sé qué, y a raíz de bajar al instituto empezar a querer gustar a la gente, y yo creo que fue un poco lo que me llevó a... y yo creo que también el complejo que tenía del colegio, de que se metían conmigo, de esa cosa que siempre la he tenido ahí (María)

En la adolescencia se desarrollan las relaciones sociales, especialmente, las relaciones de amistad y las relaciones amorosas con los pares. Para la/el adolescente la integración en el grupo de iguales -en la pandilla- es fundamental puesto que el grupo le aporta un sentimiento de pertenencia y una validación de su identidad (Dunhy,1963). El deseo de sentirse integrados en el grupo les lleva a seguir sus pautas de comportamiento e iniciarse en hábitos como el de fumar.

Empecé a fumar, por supuesto, para ser del grupo, ¿no?, iba con las malotas, me tuve que hacer así porque quería ser de ese grupo, que destacaban, que tampoco me iban, me gusta la gente sencilla, pero bueno, yo tenía el empeño de parecerme a ellas y yo las seguía, entonces, pues, empecé a fumar (Marta)

Además, estos grupos evolucionan durante las distintas etapas de la adolescencia, desde los pequeños grupos de un mismo sexo -en la preadolescencia- hasta la pandilla integrada por chicas y chicos, y en la cual es probable que surjan parejas, (Connolly, Furman y Konarski, 2000).

Con catorce años, más o menos empezábamos a quedar, me acuerdo, que por aquel entonces bajábamos al “Number” , que era una discoteca que había aquí, que se podía entrar con catorce años, yo me acuerdo que con este grupo de amigas ya empezamos a entrar sobre los trece, y bueno, ahí ya, parece que empecé a destacar un poquito, no sé, la gente se fijaba en mí, mi carácter, siempre he sido de mucho carácter, y no sé, empecé a destacar un poco y a ser medio cabeza del grupo, vale, y luego pues nada, ya me empezó a salir el primer noviete, uno de estos novios tontos (Ana).

La interacción con el grupo de pares proporciona a los adolescentes pautas de conducta. Las normas creadas por sus propios grupos de pares funcionan como ritos de paso, es el caso de la iniciación en el consumo de alcohol, tabaco o drogas, la búsqueda de situaciones de riesgo e incluso los trastornos de la alimentación. (Benlloch; Amigot; Bayot; Bonilla; Castillo; Gómez; Jódar; Tubert y Mira, 2008).

Hasta que cumplí los quince años que fue en esa época que empecé a ver lo que era otra cosa, lo que era salir, irme, divertirse de otra manera, no, porque yo sólo me divertía practicando el deporte, y empecé a ver que te podías divertir, pues, bebiendo, fumando, haciendo otras cosas, o bailando, por ahí, irte de fiesta, trasnochando, entonces, empecé a cambiar el chip, lo que era una persona deportista a ser una persona de noche, y entonces, pues, en esa edad, justo con quince años, fue verlo, fue demasiado rápido, creo, pero (se ríe) pasé de no hacer nada a fumar un cigarro, y salía hasta las tantas de la noche, y con mis padres cabreaos todo el día (Jesús).

La etapa de la adolescencia se caracteriza por el incremento en el número de conflictos con los padres, mayores alteraciones en el estado de ánimo y mayor implicación en conductas de riesgo (Musitu y Cava, 2003) así como mayores conductas violentas.

Cuando estuve en el instituto deje de ir a clase (...) mi madre me apuntaba a clases particulares y yo me escapaba de clases particulares. (...)yo bajaba de fiesta y me cogía unas borracheras pero de llegar a casa y no saber ni donde estoy, impresionante, bebía sin control, o sea, era todo sin control, me compraba ropas sin control, le cogía dinero a mis padres, o sea, era todo una ansiedad (...) pasármelo bien pero hasta límites de que no tenías control sobre ti, yo, y no se lo he dicho nunca a nadie, pero hasta meterme una raya (...) mi madre no me podía decir nada porque a todo la saltaba, si la tenía que empujar la empujaba (María)

En todas estas situaciones las/los adolescentes se ponen a prueba de un modo omnipotente, al asumir desafíos que imaginariamente demuestran su madurez, su independencia o su capacidad para decidir acerca de su cuerpo o de su vida. Al mismo tiempo, ponen a prueba a las personas adultas. Tal y como lo indica una madre cuando habla de su hija.

Ella ha sido un poco muy rebelde, muy ella, entonces, no la llevábamos la relación, ella chocaba mucho conmigo, a parte, el padre de ahora no es su padre, entonces, a ella le costó aceptar que yo tuviera otra pareja (...) el único problema que yo he tenido con ella es que es muy rebelde, o sea, que es muy, no sé si tiene un problemita de cabeza o, cómo le digo, de su, que no se ve a ella misma, cómo se dice, como un complejo de ella, ¿no?, que de pronto ella se ve mal y ve mal ver las demás personas bien (Inés(Madre de Alba))

Estos ritos de paso, que son generados por la estructura grupal adolescente, intentan así compensar aquello que falta, o que falla, en la comunidad. Sin embargo, se trata por lo general de actos irreflexivos, con connotaciones destructivas, que consisten en una mera descarga física orientada a aliviar la angustia suscitada por los cambios que las/los adolescentes experimentan pero no comprenden. La imposibilidad de otorgar algún sentido a lo que les está pasando les impide elaborarlo simbólicamente, a través de la palabra, el pensamiento, o la sublimación mediante la actividad creativa como el aprendizaje, el trabajo o las relaciones con los (Benlloch; Amigot; Bayot; Bonilla; Castillo; Gómez; Jódar; Tubert y Mira, 2008). El ejercicio físico, la pertenencia y participación en asociaciones pueden ayudar a encauzar los sentimientos que se generan en la adolescencia y que no logran encauzar bien las adolescentes, pero estos recursos no siempre se ponen a disposición de ellas como fuente para canalizar su energía.

Yo siempre te había dicho que era delgadita, que no había tenido problemas ni nada, una vez que entré en el internado, estaba recién con la regla, con la menstruación, porque justo a los catorce años empiezas el internado, yo adolescente, en plena etapa adolescente, no te comprendes, no sabes lo que quieres, además acumulas un montón de sentimientos, no los encauzas bien, yo no hacía ejercicio físico, no pertenecía a ninguna asociación, no tenía nada donde canalizar toda mi energía, por lo menos yo, a lo mejor, otras personas no lo necesitan, pero yo, porque soy una persona muy sensible, pues, con inquietudes mentales, que las he tenido siempre, pues yo, pues, todo eso, yo sentía que me iba a explotar por algún lado, pues a mí me dio por comer muchísimo, entonces engordé como diez o doce kilos (Marta).

La adolescencia, por tanto, puede suponer un incremento en el número de conflictos con los padres, mayores alteraciones en el estado de ánimo y mayor implicación en conductas de riesgo, ahora bien, dependiendo de los recursos personales y sociales de la/ el adolescente esta etapa será afrontada de un modo u otro.

No lo decía yo, lo dice mi madre – mi hija no tuvo el pavo, al contrario, nosotros, ni mi hermano ni yo comprábamos ropa, era mi madre la que traía ropa a casa en plan, o sea ya, no iba de compras, no me gustaba ir de compras, no tenía el pavo de –es que me gusta esto, no, nunca he sido de eso, nunca he hablado mal a mi padre y a mi madre en plan -déjame en paz, nunca he pasado esa época rebelde de niña tonta, de hecho, veía a mis amigas, y decía, -que tontas son, por Dios, era como -qué jilipollas, -no entiendo estas chorradas de las niñas, sabes, y me llevaba muy bien con los niños, tenía muchos amigos de hecho (Noemí).

Aunque yo creo que” edad del pavo”, como tal, tampoco tuve, o no fui, o no tuve una adolescencia problemática, no fui muy conflictivo (Manuel).

La mayor o menor adaptación de la /el adolescente va a venir determinada, en gran medida, por la cantidad de recursos de los que dispone para afrontar estos cambios. En este sentido, uno de los principales recursos de los que dispone la adolescente es el apoyo que percibe de su red social. Aquellas/os adolescentes que perciben mayor apoyo de sus padres utilizan también estrategias de afrontamiento más efectivas (Musitu y Cava, 2003). El sentir por parte de la/el adolescente que sus padres les comprenden, que tienen sintonía con ellas/os y les proporcionan la libertad que necesitan, les hace sentir bien anímicamente.

Y mi adolescencia, bien, no he tenido “el pavo”, eso dice mi madre, nunca he tenido “ el pavo”, nunca, eso es lo que me ha contado (...)con mis padres yo me llevaba estupendo (...), yo estaba muy feliz y muy contenta, tenía una libertad, sabes, y mis padres no me hacían nada (...) para mí mis padres son lo más importante, sí, sí, para mí mis padres son como dioses, total, total (Noemí).

En la adolescencia el individuo participa en distintos “mundos sociales”, formados por distintos grupos, algunos de los cuales pueden ser relativamente independientes entre sí. La/el adolescente debe mantener al mismo tiempo relaciones con sus padres, sus compañeros de edad, sus amigos íntimos, las instituciones, consigo misma/o y con la sociedad en un sentido amplio. Las distintas formas de relación que mantiene ejercen una presión constante sobre la/el adolescente y le exige nuevos reajustes y adaptaciones (Adrián y Rangel, 2012)

En mi equipo de futbol , que yo he jugado toda la vida en el Pozuelo, pues, yo antes no iba, no era del grupo, yo era más pequeño que ellos y entonces yo me llevaba con mis amigos del colegio y cuando empecé a crecer me empecé a juntar más con ellos (...) todas las chicas iban a por ellos, era la leche (se ríe), entonces, empecé a juntarme con ellos y empecé a vivir que las chicas te hicieran más caso de lo normal ¿no? (...)de a ver qué deporte iba hacer en un momento dado a de repente olvidarme de todo, o sea, sí que seguía practicando deporte, pero a conocer más gente por la noche, a conocer a unas chicas, a ver qué podía hacer malo por ahí, y por la noche, y lo que sea (se ríe)(Jesús).

Periodo Adulto. El Momento actual.

Las entrevistadas que han padecido un trastorno de la alimentación en la adolescencia y como consecuencia de ello han sufrido perturbaciones, en forma de comer cantidades pequeñas o comer en exceso, acompañada de una gran angustia y preocupación por su peso corporal, en el momento actual, en el que hacen su relato, temen tener recaídas. En el momento presente, valoran todo aquello que han conseguido a nivel profesional y personal, y ese miedo que sienten, también, es un miedo a la pérdida, puesto que creen que pondrían poner en peligro, debido a una recaída, todo aquello que han ido construyendo a lo largo de su trayectoria vital. Por otro lado, han adquirido, a lo largo del tiempo, la conciencia de que han puesto en peligro sus vidas, y ese es otro factor que influye en este miedo.

Ahora estoy a gusto con, o sea, bien, siempre con esa inquietud, pero estar ..., para mí ha sido como el antes, el durante y el después y luego ya el final, o sea, porque yo reconozco que la bulimia tiene un antes, un durante y un después, no acabas de superar, luego tienes el momento este de lo has superado, no has vuelto a vomitar pero que nunca sabes lo que va a pasar, es más, yo, alguna vez, porque claro, a raíz de esto has hablado con gente, en psiquiatría, o te han contado, o has leído, y uff te da pánico porque casi todo el mundo vuelve a caer (María).

Ahora, por ejemplo, estoy en cincuenta y siete, cincuenta y ocho kilos y cuando digo,- tengo que perder algo, soy de caderas anchas, y yo sé como es mi cuerpo, entonces digo, -tengo que perder algo y tal, muchas veces me da miedo el que, a lo mejor, porque estoy dos semanas, y a mí con dos semanas me vale, porque son dos kilos con lo que yo ya me veo a gusto, perder y ya está, pero me llega a dar miedo, muchas veces, el decir, y si vuelvo a, que es que no, y le tengo así un poco así de, le he cogido muchísimo respeto a esta enfermedad, entiendes, claro, muchísimo a las niñas que salen, y me da miedo un poco volver (...) me da muchas veces miedo de decir, - y si me vuelve a pasar, y si mi cabeza vuelve a cambiar y ahora ya ni está mi padre, yo no sé cómo

reaccionaría esta persona, pero tengo una hija, y yo no quiero estropear mi vida como la estropee durante casi dos años, porque para mí fue estropearla en muchos sentidos (Laura).

Ahora me da miedo, ahora digo, -uff, digo,- el que me pudiera haber dado algo porque realmente luego han sido muchos años porque sí que no ha sido como las niñas esas que están quince o veinte años pero ha sido, o sea, muy largo, han sido diez años (...) Y que tengo clarísimo que no volveré hacer lo mismo, que tengo que adelgazar, adelgazo, pero con responsabilidad, no pondría en juego mi vida, o sea, lo tengo clarísimo (Estela).

Las personas que han padecido estos trastornos han basado en la comida todos sus pensamientos y sus actos cotidianos, sintiéndose sumamente dependientes de esa idea, con lo cual el alimento ha sido el eje en torno al que giraba su vida y el mundo de sus relaciones. Por esa razón, en el momento actual, en el que hacen su relato, tienen la idea de que no se curan, de que es algo que siempre está ahí, y que necesitan del control para no iniciar de nuevo esos hábitos. Reconocen que cuando tienen algún tipo de problema fuerte es más fácil que falle este control. También si se sienten solas o vacías, por eso temen este tipo de sentimientos. En el momento actual, existe un deseo de tener proyectos, una vida estable, el tiempo ocupado en actividades diversas, que mitiguen la falta de motivación, el desasosiego, el sentimiento de inseguridad que han sentido en otros momentos de la vida, y que provocaba que nada les llenase, que no encontrasen un sentido de la existencia.

Me quitaría esto, me quitaría no sé qué, me quitaría lo de aquí, me quitaría..., pero aunque lo piensas no lo haces, y el miedo que tengo yo es a llegar hacerlo, pero, bueno, por ahora yo veo que no, que estoy muy controlada porque mi vida es muy estable, y es que tengo todas las horas del día prácticamente ocupadas (...) y si es verdad que a veces me dan tentaciones, cuando tengo un problema gordo o lo que sea, me dan tentaciones de vomitar, intento no comer, porque sé que estoy en un momento en el que puede que si como mucho vomitarlo (...) yo es que

además me veo el peligro, me veo que puedo caer, que en cualquier momento yo puedo volver a empezar en el mismo círculo vicioso (...) siempre está presente, es como una enfermedad que siempre está ahí presente (...)el intentar sobre todo no sentirme sola y vacía, porque era antes lo que me sentía, (...) no había nada que me llenara, y yo reconozco que ahora , por ejemplo, lo que hago me llena (María)

En el momento actual, las entrevistadas que han sufrido algún tipo de desorden alimenticio en la adolescencia, al reflexionar sobre ello, inciden en que además de la preocupación por su peso corporal y por su aspecto físico, sentían gran ansiedad. Por eso, le dan gran importancia al hecho de que en el momento actual haya descendido, ya que, de esta forma, los desarreglos en la ingesta de alimentos se reducen ostensiblemente. Produciéndose, de este modo una mejoría en su estado físico y anímico, puesto que la malnutrición suele alterar la mente. Y esta malnutrición se producía porque al sentir hambre comían y posteriormente la sensación de culpa y ansiedad las conducía a vomitar o restringir la ingesta de alimento.

En la actualidad estas entrevistadas indican que cuando su cuerpo tiene el aporte de los nutrientes necesarios recuperan la energía y la vitalidad que habían perdido. Cuando se interrogan sobre el origen de esa ansiedad hacen referencia a un peso interno infinitamente mayor que el corporal, que puede venir determinado, entre otros, por bajos niveles de autoestima, presiones familiares y/o frustración por tener sobrepeso. El cansancio excesivo es uno de los síntomas que generalmente se presentan cuando se sufren trastornos alimentarios, por lo que haber recuperado la energía en el momento actual es algo muy positivo para la entrevistada que lo relata, por la dificultad que supone recuperarla después de muchos años sintiéndose débil y sin fuerza. Para sentir menos ansiedad el organizar la comida, como forma de control, hace que disminuya esa ansiedad sentida, tal y como indica otra de las entrevistadas que siente que hasta ahora controlaba todos los ámbitos de su vida menos el relativo a este aspecto

Llevo un tiempo que tengo energía y que los ojos, sabes, (...) tenía los ojos muy, muy, muy hundidos, vale, tenía toda esta parte de abajo negra (...) de las ojeras, del malestar, de encontrarme mal, y no sé, ahora tengo energía, que es difícil, no tengo tanta ansiedad (...) te das cuenta como un cuerpo, lógico que estuviera mal, no hacía más que darle carencias a mi cuerpo, estaba quitándole todo, mi cuerpo estaba lleno de carencias por todos los lados, y como un cuerpo con los nutrientes que necesita va mejorando en todos los aspectos, no necesito pastilla para dormir, me han bajado muchísimo el tratamiento, yo antes me tomaba doce pastillas diarias, ahora cuatro y media menos (...) Me estoy sintiendo con fuerzas para arrancar, que es uff, es raro, sabes, es que te puedo decir, cuántos años puede hacer que yo no me siento con fuerzas para arrancar, desde veinti..., veinticinco años, ya son muchos años, tengo treinta y dos para treinta y tres, son muchos años (...) La ansiedad, comía mucho, yo podía quedar con mis amigas, pero a lo mejor, me comía cinco pinchos, o me tomaba cuatro cervezas, o..., sabes, ahora puedo salir y tomarme una cerveza y un pincho (...) y ya te digo que, de la bulimia lo que estoy aprendiendo ahora, porque yo antes, siempre decía, yo podía estar mal, estaba gorda, pesaba noventa y siete kilos, y tenía otros quinientos encima, ahora sé que los llevaba dentro, por eso me sentía gorda realmente, porque yo misma me ponía todos, todos, los perjuicios (Ana).

Entonces ahora, lo que más me gusta es que estoy organizada en las comidas, es decir, como de todo, no tengo miedo, y no tengo ansiedad, porque lo pasaba fatal, sobre todo por las noches me podía comer un camello, o he llegado, a veces, a estar por ahí con las amigas, y tal, y por comer, o sea, por la ansiedad de comer me he ido a casa (...) Las consigo (las metas que se propone) al noventa por cien, menos esto todo lo he conseguido (...) que tampoco voy a ser perfecta pero, yo que sé, para mí sí que es una de las perfecciones, que soy, jobar, que podría haberlo controlado, sabes, que es algo que dices, y no llegué a controlar nunca, entonces (...) ahora me siento súper bien porque lo estoy consiguiendo (Susana).

En el momento actual, las mujeres entrevistadas que han padecido trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia, destacan la desaparición del sentimiento de culpabilidad a la hora de comer y lo asocian a su madurez. Ese sentimiento negativo y de culpa a la hora de ingerir determinados alimentos, es debido a las actitudes y emociones sentidas en relación a los alimentos, las mujeres, más que los hombres, tienden a relacionar el deseo de ingerir determinados alimentos con estados de ánimo negativos como el aburrimiento o el estrés y tienden a experimentar de forma más frecuente sentimientos negativos como la culpa y el remordimiento tras haber ingerido la comida deseada (Weingarten y Elston, 1991).

El que no manifiesten en el momento actual este sentimiento de culpa no quiere decir que no realicen conductas de compensación después de haberlos ingerido, estas conductas de compensación pueden concretarse en hacer más ejercicio o en la restricción posterior de alimentos. De hecho, tal y como nos indican las entrevistadas, se relajan y se permiten ciertos “excesos” porque han aprendido la forma de compensarlo posteriormente. También en la actualidad reflexionan en estas alternativas porque han adquirido, a lo largo del tiempo, una conciencia de que las dietas restrictivas provocan que el organismo se vuelva lento en la quema de calorías y lo descartan como una forma eficaz de mantenerse delgadas.

Ahora (...) como y no tengo sentimiento de culpa a la hora de comer, o sea, de comer alguna cosa, que antes sí la tenía, o sea, es que yo comía, y es que yo me sentía culpable por comer, es que era como decir, bueno, -estás comiendo, pero te sientes culpable, te sientes mal, además, yo me sentía culpable (María)

Ahora a lo mejor como algún rato alguna cosina así o tal, pero no tiene nada que ver, enseguida reconduzco, no tengo sentimientos de culpabilidad como tenía antes, si ahora un día o dos como más de la cuenta, o algo algún estrago porque con mi hermano digo, -vamos a comer una pizza, ahora lo bueno es que yo no tengo sentimiento de culpabilidad, antes mucho, y me hacía mucho daño, ahora digo,- bueno, O.K. mi amor, no pasa nada, una pizza, mañana lo quemamos, es la madurez, ya te digo, que a mí lo de cumplir años es lo mejor que me puede pasar, es que no volvería atrás, vamos, volver a los 20 años, digo -no, gracias, yo es que de aquí para delante todo lo que haya (Marta).

Ahora digo, -pues no, pues me voy con la bici todos los días y seguro que al mes y medio se me nota algo, busco otras alternativas que no es el dejar de comer, que ahora me doy cuenta de que cuando empiezas a comer, ahora me doy cuenta de que haces el organismo lento y no quemas, entonces va a quemar menos y tú estás metiendo más, entonces voy a engordar el doble de lo que he perdido, antes no, antes nada, entonces buscas otras ...(Estela).

Las entrevistadas que han padecido trastornos de la alimentación en la adolescencia y en la actualidad han alcanzado un mayor conocimiento de su propia realidad, tanto física como psíquica, se sienten más a gusto consigo mismas, y les resulta más fácil aceptarse como realmente son. Al sentir mayor seguridad en sí mismas, independientemente del cuerpo que tengan, se valoran más y se aceptan, aunque haya partes de su cuerpo que no les gusten.

Creo que el ser humano somos, muy importante, muy importante, somos físico cuerpo, muy importante, somos emociones, y somos espíritu, si no cultivamos eso no vamos a estar bien (...) a día de hoy trabajo el cuerpo, trabajo la mente y trabajo el espíritu y soy otra persona, porque trabajo esas tres cosas (...) que mi vida ahora, pues tengo muchos traumas superados, mi cuerpo lo valoro, me gusta (...) he cambiado muchísimo mi percepción de mi autoconocimiento del cuerpo, me gusta mi cuerpo, a ver, me gustaría tener las rodillas más estilizadas, las piernas más largas, pero vamos, al final me gusta mi cuerpo, me pongo minifaldas, me pongo camisetas ajustadas, salgo por la noche y me gusta que me miren y digo aquí estoy yo, aquí está mi cuerpo, nada que ver con antes, que a lo mejor iba arreglada, pero me daba vergüenza, me escondía (Marta).

Las entrevistadas que, con el paso del tiempo, han aprendido aceptarse a sí mismas y han ganado en seguridad, son más flexibles consigo mismas, porque al tener una mayor autoestima no necesitan buscar continuamente la aprobación de los demás y perseguir, para conseguir este objetivo, la perfección marcada por la sociedad, y caracterizada, en el caso de la perfección corporal, por la delgadez, que, en periodos anteriores de su vida, estuvo poniendo en riesgo su salud.

Me hecho mucho daño porque entonces no disfrutaba con nada, porque si todo quería que fuera perfecto, no disfrutaba con nada, o sea, si yo no me perdonaba cositas, pues ahora, por ejemplo, digo voy hacer esto, o voy a pasarme en algo de la cuenta o tal, perdónalo (...) no pasa nada, disfrútate, lo que he ganado con la madurez es que ya soy mucho más flexible (Marta).

Nunca me había planteado hasta ahora el que fuera, el tener una buena salud, o sea, yo he podido hacer, pues eso, de pasarme el día comiendo verdura, uno sí uno no, para estar delgada (Susana).

Pero no todas las entrevistadas, que han padecido trastornos alimentarios en su adolescencia, han ganado en autoestima o han cesado en la búsqueda de la perfección. En el momento actual, algunas de las entrevistadas, siguen manifestando, que tiene una baja seguridad en sí mismas, que les hace cuestionarse continuamente, y otras manifiestan, que aunque han logrado tener algo más de seguridad en sí mismas, no han conseguido dejar de preocuparse en exceso por lo que piensan los demás.

Creo que me exijo, a veces, demasiado, porque es como que me siento, como que no puedo hacer muchas cosas, y las estoy haciendo, y aún haciéndolas (...)pero ya es como que me veo muchas veces como muy inferior, muy tal, y necesito como subir, pero cuando lo consigo me siento bien un ratito, tampoco es como decir,- mira lo que he conseguido qué bien, pues a partir de ahora, o más o me mantengo, no es como que me caigo, tengo mis momentos de bajones, de no sé si soy buena madre, no sé si soy buena ama de casa, no sé si soy buena tal, y, claro, y dice mi marido, - tú ves todo a tu alrededor, tú ves todo como está, todo lo que consigues, todo lo que tal, y me cuesta, por ejemplo (Laura)

Como ahora yo me veo bien, a lo mejor, voy como un poco más segura, que tengo más seguridad, pero lo que digan de mí, bueno, bueno, bueno (...) yo ahora tomo una decisión, por ejemplo, con (nombra a su marido), y yo, o sea, me importa mucho lo que piensen mis padres aunque luego haga yo lo que quiera, pero sí que me importa mucho, como que me digan,- bueno mira, vale, ¿sabes?, que a lo mejor me dicen que no y yo lo hago pero que me importa mucho... como un visto bueno (...) pero como en todo, o sea, soy muy dependiente, a lo mejor, de...(Estela)

En relación a los/las entrevistadas que en el momento actual padecen un trastorno de la conducta alimentaria, caracterizado por hábitos inusitados de alimentación y gran intensidad de ejercicio físico, muestran en su discurso que, en la actualidad, hacen dietas muy estrictas que nunca terminan y sacrifican sus relaciones personales por realizar este ejercicio físico. En algunos casos, esto guarda relación con una imagen distorsionada de las dimensiones y la forma de su cuerpo, que les provoca un miedo intenso a engordar, por lo que restringen la ingesta de alimentos y lo poco que ingieren se convierte en una obsesión. Al mismo tiempo, en su relato, existe un intento de justificar su comportamiento y reafirmarse en que ese conjunto de hábitos conforma un estilo de vida beneficioso que les reporta salud y les hace sentir bien con su físico.

Porque es verdad que me cuido demasiado a la hora de comer, entonces (...) yo llevo una rutina diaria que intento mantenerla en el tiempo para, no sé, encontrarme bien conmigo mismo físicamente cuando me miro al espejo y, por otro lado, para encontrarme bien, porque yo soy una persona que no le sienta bien la comida, o sea, si hago comidas copiosas o como determinados tipos de alimentos, pues, me sientan mal, entonces, me siento como muy lleno, muy lleno y, pues, no me gusta encontrarme como lleno, o lo que sea, entonces, intento, a la vez de, encontrarme bien conmigo mismo a la hora del físico, o creer que estoy en mi línea, además de que me sientan mal los alimentos, entonces, intento comer sano, en su justa medida, porque intento controlar la calidad y la cantidad (...) ahora, para mí es importante tanto mi físico, porque como dicen todos estoy enfermo (se ríe), como el hacer cosas saludables, es verdad (Jesús).

Otros entrevistados, que en el momento actual tienen hábitos inusitados de alimentación y realizan gran intensidad de ejercicio físico, lo hacen debido a la obsesión por verse musculados, e invierten gran cantidad de horas en hacer ejercicio para aumentar su musculatura, al tiempo que, siguen dietas bajas en grasas y ricas en hidratos de carbono y proteínas para aumentar la masa muscular, y sacrifican sus relaciones personales por seguir sus rutinas, que incluyen el dormir unas horas determinadas. Estos comportamientos son justificados por la juventud actual y manifiestan el convencimiento de que según vayan pasando los años la obsesión desaparecerá.

Que quizás he estado más que he estado ahora, sí, de todas formas, ahora sigo también muy tal, pero bueno, hoy ya, pues, ya tenía, por la mañana me he levantado me he bebido dos botellitas de litro y medio, luego me peso y veo que -¡ah! Pero es que antes pesaba tanto y ahora, uff, he perdido un kilo, venga va, vamos a... por la obsesión (...) estoy con ella (se refiere a su novia) y como, por ejemplo, el tema de dormir, pues sí, muchas veces me da coraje, porque digo, -vámonos ya a dormir, tal, pero yo me quedaría un rato más viendo una peli con ella tan a gusto, tal, o en la cama hablando de cómo te ha ido el día, de lo que sea, -venga, apaga ya la luz, sabes, pero bueno, yo supongo que poco a poco (...) ahora estoy un poco más, pues eso, la edad, la tontería, tal, pero luego ya llegará un momento en el que te relajarás y comerás de todo y beberás de todo, y... (Iván)

En el caso de una madre que relata la situación de su hija, que en la actualidad se encuentran recibiendo un tratamiento de día en el hospital para recuperarse de un trastorno alimentario, incide en la voluntad de recuperación que nota en su hija a pesar de las contradicciones que aún manifiesta, la propia hija, ante el hecho de recuperar peso. Estas contradicciones se deben al miedo intenso que aún siente a engordar, a pesar de que el peso insuficiente que presentaba, antes del ingreso, le impedía desplazarse de forma autónoma o realizar cualquier tipo de actividad.

Yo hay días que la veo que quiere recuperarse pero ella me dice que hay algo aquí que es como una vocecita que le, porque yo le dijo-hija, cuénteme, cuando ella está bien, yo la cojo y la digo,- cuéntame que sientes o qué, dice -mamá, yo siento algo que me dice acá, es como otra voz, que te dice -no comas, que eso engorda, no comas, no comas, no comas, entonces eso no la deja a ella (...) ahora, la verdad, que ella se quiere recuperar porque lo noto, ¿eh?, ella come conmigo, ya no me dice, - sto no (...) antes veía que pegaba para el baño ahora ya no, y, entonces yo digo, -bueno, ella quiere porque se lo come, pero cuando ella se lo come y empieza a verse hinchada, porque ella dice que se siente hinchada, se siente gorda, se siente mal, y ella me dice, -mamá, vamos hacer algo porque he comido y me siento mal (...) Ahora ya se baña sola, ya se baña sola, camina sola, pero al principio yo la tenía que todo, cuando yo la lleve a la clínica (Inés (Madre de Alba)).

Del momento actual, otra de las cosas destacadas por las entrevistadas, sobre todo en el caso de las que han padecido un trastorno alimenticio en la adolescencia, es la relación que mantienen con su familia y sus amigos, puesto que han logrado restablecer unas relaciones, que en algunos casos, estaban rotas o bastante alteradas. Respecto a las relaciones con los familiares, se habla de perdón mutuo y en relación a las relaciones con los amigos, se hace hincapié en el hecho de que en el momento actual se mantienen relaciones de amistad con personas que no les resultan dañinas y les hacen crecer como personas. Además indican que se han convertido en referentes para algunos miembros de su familia.

Mi hermano no daba un duro por mí, y es verdad que yo a mi hermano le he cambiado el concepto a raíz de terminar enfermería y demostrarle que he cambiado, que soy una persona responsable (...) yo ahora mi hermano veo que por mi siente unas cosas diferentes a antes, antes me veía como una cabra loca, se enfadaba conmigo, me reñía, pero bueno, siempre también como en un segundo margen porque no estaba, venía fines de semana, pero claro (María).

Yo he depurado mi vida de gente que no me aporta nada, ahora voy con la gente que me aporta, con la gente que estoy a gusto, con la gente que me valora, no quiero relaciones tóxicas, ni quiero aprovecharme de nadie, ni quiero que se aprovechen de mí, entonces mi vida ha dado un cambio radical, radical, yo no soy la que era, soy una persona responsable, estoy pendiente de mi abuela, estoy pendiente de mi hermano, soy para él un referente, en la alimentación a veces, venga (se nombra a sí misma) por qué no nos tomamos una pizza, soy un referente para él en los estudios, él me busca para que le ayude y nos vamos a la universidad, todo lo que jamás pensé que iba a ser (Marta).

Con mi nieta está (la nombra) está, bueno, bueno, ya es el no va más, y con las relaciones con sus hermanos, que se habían roto estos años atrás, ahora mismo está fenomenal, una relación muy fluida con sus hermanos, con mis padres, con sus abuelos paternos, también la ha retomado, sabes (...) muy pendiente, pues eso, de la familia, la relación con su hermano, si tú quieres, con los dos, ahora, a raíz de tener los sobrinos, como que todavía ha mejorado más (Virginia (Madre de Rocio))

Que hoy por hoy, (...), estoy súper contenta, tengo pareja, mis amigas son mis amigas, o sea, realmente ahora tengo las que tengo que tener, no sé, que estoy bien (Susana)

En relación a las relaciones familiares, se realiza un análisis, en el momento actual, de la repercusión de los comportamientos de los padres en la propia autoestima y seguridad, a lo largo de los años. Se reflexiona sobre el daño de la crítica y el refuerzo mínimo recibido. A la vez que se restablecen las relaciones, y se habla de un perdón mutuo.

Pues con mi padre me llevo súper bien ahora, porque digamos que nos hemos perdonado mutuamente, me he llevado, he tenido discusiones con mi padre, mucho, mucho, me he revelado mucho hacia él, ahora no tengo ningún problema, y ahora, curiosamente, esa persona que es mi madre, que es más sumisa, que parece que no, porque parece que el que da voces, el que dice tacos, el que dice -tú a la cama, mi madre es como, vale (nombra a su padre) tranquilo, esa figura, la he analizado, y esa figura de mi madre, me ha hecho mucho daño (...) porque creo que muchas de las cosas que me han pasado tanta inseguridad de buscar en que soy yo buena, de no saber quién era, un montón de cosas, a veces, tengo la sensación de que mi madre nunca ha estado conforme conmigo, no soy la hija que ella esperaba (...) Juntos, no lo sé, me han hecho daño, a ver, me ha hecho daño de una manera muy implícita, y ahora, a día de hoy, yo me llevo bien con ella (Marta).

Cuerpo y género

La imagen corporal se va construyendo de forma paralela al desarrollo evolutivo y cultural de la persona y no es sólo cognitiva, sino que, está impregnada de valoraciones subjetivas y determinada socialmente (Cash y Pruzinsky, 1990), razón por la cual no es ajena a la identidad de género. En las sociedades actuales se estigmatiza la gordura y se asocia, tanto, a la incapacidad de cambio y transformación, como, a la ausencia de dominio y autocontrol. Al mismo tiempo que se ensalza la delgadez, y se relaciona el cuerpo delgado y tonificado con el éxito social y personal. Surgiendo, además, una diferenciación entre la gordura femenina y la masculina, presentando culturalmente mayor indulgencia la gordura de los hombres que la de las mujeres, tal y como lo indica una de las entrevistadas, que además incide en el papel de las mujeres a la hora de hacer esta distinción a favor de los hombres, esto se produce porque los estereotipos de género son interiorizados a través del proceso de socialización y se normalizan, de modo que la crítica o la reflexión tienen poca cabida, siendo reproducidos por las mujeres, a pesar de que a ellas mismas –como mujeres- son las más afectadas y perjudicadas por los mismos.

Es más la imagen nuestra, no es lo mismo ver a un chico gordo que a una chica gorda, según la sociedad, o sea, tú ves a un chico gordo y no te llama la atención, pero ves a una chica gorda y, a lo mejor somos nosotras mismas, eh, las que empezamos, - qué gorda está esa, no sé qué, pobrecita, a lo mejor dices, - pobrecita, que yo creo que es un poco la sociedad, que te marca esas...(Luisa)

Los referentes de belleza interiorizados por las mujeres están íntimamente ligados al proceso de socialización, y en este sentido, una de las entrevistadas, hace mención, por un lado, al papel desempeñado por su madre en la transmisión de esos valores, y, por otro lado, a la muñeca Barbie que consideraba símbolo de belleza, y patrón de un cuerpo perfecto. Se inspiraba en su delgadez y belleza y deseaba ser como ella.

Los juegos infantiles contribuyen al mantenimiento de los estereotipos de género. La muñeca Barbie, con la que han jugado varias generaciones de niñas, está impregnada de valores que indican lo que es estéticamente preferible, limitando los juegos de las niñas. Si la niña no ejerce un rol activo, en el sentido de desafiar con la creatividad del juego infantil las representaciones sugeridas por la muñeca, y no supera el universo narrativo propuesto, jugando con su Barbie, es más susceptible de ser influida negativamente por los valores de consumo y de belleza perpetuados y transmitidos a través de la muñeca (Saunders, 2012), tal y como indica la entrevistada, al hablar del daño que le han hecho esos patrones, puesto que el deseo de conseguir esa perfección le llevaba a tener cada vez más ansia por la comida.

Y con la estética, me encantaban las barbies de pequeña, eran mis muñecas preferidas, cuál es el ideal de una barbie, y se me ha olvidado decirte, yo de pequeña quería ser modelo, yo, quería ser modelo, quería tener un cuerpo perfecto, como mi madre me decía que era delgada y alta, entonces esos patrones me han hecho mucho daño, la barbie, quería ser modelo, quería, entonces, todo eso, cuanto más perfecta quería ser más comía (Marta).

En el proceso de socialización, también, se naturalizan determinados modelos de comportamiento. En función de lo que se supone que debe ser un hombre y una mujer, se establecen modelos de conducta diferenciados que se transmiten a través de los agentes socializadores. Se trata de mandatos de género que implican normas tácticas relacionadas con el estereotipo de feminidad tradicional imperante. Entre otros mandatos de género, en relación a las mujeres, se encuentran los de ser coqueta, presumida, servicial, atenta, emotiva, emocional, cuidadosa y delicada. Estos mandatos colocan a las mujeres, tal y como indica una de las entrevistadas, en situaciones de contradicción entre lo que desean hacer y lo que deben hacer para gustar a los demás. Aunque trasgredan dichos mandatos, transmitidos por la madre, en este caso, se sienten obligadas a cumplir con lo requerido por el sistema, por la necesidad que sienten de agradar a los demás, sobre todo a los chicos.

Algo que puede hacer que, en ocasiones, se olviden de sí mismas y subordinen sus deseos a los de los otros, tal y como indica otra de las entrevistadas en relación a su primer novio. Encontrándose sus comportamientos únicamente motivados por el deseo de agradar a su pareja.

A mí igual que me gustaba ser popular me gustaba ser basta y vulgar, mi madre quería que fuera una señorita pero me convertí en un alguien que decía tacos, muy basta, poco fina, mi madre esto lo odiaba porque mi madre quería que yo fuera una señorita de bien, pero yo no salí así, pero por un lado me movía siempre entre lo femenino, entre una parte de mí que quería ser popular, que quería ser, que quería gustar a los chicos, y otra parte muy basta (Marta).

Entonces, era más eso, para darle a él, no para mí, yo estar delgada fue por él, fue para él, o sea, para gustarle a él, para decir, que no mire a otra chica, que no trate con otra chica, porque yo pensaba que si el día x me dejaba yo, bueno, mi mundo se iba a derrumbar (...)él me conoció con mi cuerpo tal y como yo estaba, y tal, e íbamos, a lo mejor, por la calle, y veía a una chica y se giraba y tal, y luego, pues, comentaba, comentarios –¡buah, mira ese culo!, es el culo perfecto, un culo así, yo tenía un culo así, decía -mira ese culo, yo dije, el año que cumpla diecinueve, llega mi madre, para navidad, le dije -mamá quiero un poco ponerme a dieta (Laura).

Las construcciones culturales de femineidad y masculinidad conceptualizadas como género, no son expresión de las diferencias biológicas sino que exige en los hombres la represión de los rasgos definidos como femeninos y en las mujeres de los rasgos definidos como masculinos con la finalidad de oponer unos a otros. La cultura obliga a adecuarse a las construcciones de género, algo a lo que las mujeres, en algunas ocasiones, se resisten, tal y como indica una de las entrevistadas que recuerda un periodo de la niñez.

Hubo una temporada que, a lo mejor, si que aceptaba que me pusieran un vestido, pero de repente dije,- que ya no quería vestidos (...) quería vestir como un chico, con vaqueros, bueno, como un chico, que esto del genero es una construcción porque yo mi lado masculino creo que lo tengo, no sé si más trabajado que el femenino, pero tengo el lado masculino muy desarrollado, y, pues bueno, me gustaba ropa, digamos, que no era el estereotipo de ropa de chica, asociado a los colores y la que es la estética de mujer, y no quería yo (...) Diez u once años, ya de niñas empezamos rebeldes, ya queríamos, ya no nos queríamos poner vestidos, entonces mi hermana tampoco quería, y ya mi madre, pues ya no queríamos ponernos vestidos y ya (Marta).

El género, es una construcción cultural que basa su existencia en las diferencias objetivas que se dan entre los sexos, y es a partir de estas diferencias sobre las que cada cultura determina las categorías de género. Hablar de relaciones de género conlleva hablar de relaciones jerárquicas de poder de un género sobre otro, y, en nuestras sociedades occidentales, el femenino está subordinado de diversos modos en esta escala de poder al masculino. Uno de esos modos es el de la belleza femenina, puesto que en la sociedad patriarcal la mujer no es reconocida como un sujeto sino como un objeto resignificado en función del punto de vista de los hombres (De Beauvoir 1967). La mujer ha aprendido, durante el proceso de socialización, a dejar de ser sujeto y a convertirse en un objeto, internalizando los valores, los roles y modelos de conducta que le han sido impuestos por una sociedad dirigida por hombres. Esto genera inseguridades y contradicciones en las mujeres, tal y como indica una de las entrevistadas cuando habla del modo de arreglarse para resultar físicamente atractiva (al otro), y cuando habla de sus relaciones sexuales. Estas contradicciones e inseguridades se presentan porque existe un choque entre lo que es ella misma y lo que ha aprendido a ser -lo que debe aparentar ante los demás-. El hacerse objeto ante el otro y vivir para los demás, para llamar la atención y agradar, supone renunciar a ser ella misma, lo que le produce sentimientos contrapuestos e inseguridad.

Quince años, dieciséis, me ha gustado siempre mucho los perfumes, las cremas, todo lo que tiene que ver con las cremas y el cuerpo, los perfumes, y la ropa, me ha gustado mucho la ropa, y me volví muy superficial, (...) y a la vez era muy insegura, porque estaba hecha una mierda, no sabía que quería en la vida, o sea, me sentía fatal con mi cuerpo, pero a la vez, lo volcaba con el mismo (...) me acuerdo que me maquillaba muchísimo, me planchaba el pelo, iba, bueno, bueno, iba, o sea, un maquillaje tres tonos por encima del mío, me pintaba los labios, luego la plancha, llevaba tacones, tremenda mujer (Marta)

A los veinticinco, veinticuatro, veinticinco, eh, con el tema de chicos, siempre he tenido inseguridades, (...) entonces tenía, pues eso, si me enrollaba con algún chico, y eso no me reportaba ningún beneficio, me sentía fatal, con alguno sí que tuve sexo en una noche, y me sentía muy mal porque yo decía -que hago yo, por qué tengo yo que hacer eso, mi cuerpo, no, y no era algo que me sintiese yo, alguna vez lo hice, no muchas, era, más bien, yo normalmente me daba un beso, un morreo como se suele decir, de esos, pero pocas veces hice lo de una noche porque no me gustaba, pero alguna vez sí que lo hice, pero luego me arrepentía un montón (Marta).

Debido a que las construcciones culturales han posibilitado que la mujer sea considerada como un objeto resignificado en función del punto de vista del otro, la principal sometida a los mandatos estéticos de la sociedad es la mujer. La mujer es instruida para llamar la atención del hombre, siendo este mismo el que ha construido y mantenido dichos cánones estéticos, con el fin de controlarla y decirle cómo debe vestirse, comportarse y cuál es su lugar (De Beauvoir 1967.) Nuestra cultura sigue siendo sexista, androcéntrica y patriarcal aunque actualmente para detectar estos sesgos, normalmente, debemos fijarnos en las conductas de las personas a nivel microsocial (Téllez, 2001), en las prácticas de dominación masculina en la vida cotidiana cimentadas en la sutileza social/cultural.

En los microabusos y microviolencias que procuran que el varón mantenga su propia posición de género creando una red que sutilmente atrapa a la mujer, atentando contra su autonomía personal (Bonino,1998). En este sentido, una de las entrevistadas habla de formas de control, que incluían el “control estético”, por parte de su pareja, que produjeron su retraimiento a la hora de entablar relaciones sociales con otras personas.

Tenía una pareja que encima era súper celoso, no me podía arreglar, yo creo que eso me empeoró, o sea, yo no me acababa de recuperar porque encima tenía alguien que no me apoyaba a ponerme guapa, es que para que te hagas una idea me hacía una coleta y estaba tan guapa que no podía salir a la calle, me chocaba con un chico por equivocación y me había chocado a propósito porque le quería conocer, o sea, tuve una pareja en ese tiempo horrible, no me podía poner minifalda, no me podía poner escotes y es verdad que yo creo que entre ese chico y lo que yo tenía, que todavía no había salido, fue lo que me hizo no relacionarme mucho con la gente, no salía, no, luego ya cuando lo dejé con este chico la verdad es que me ayudó un poco, me abrí un poco más (María).

La definición del cuerpo femenino se hace en la interacción yo-otro, pero además, participa toda la estructura social, porque en el fondo de esa interacción subyacen los esquemas de percepción del cuerpo basados en relaciones de comparación, en el caso del cuerpo femenino, entre la gorda y la delgada, la vieja y la joven, la fea y la bonita. Estos factores siempre están mediando entre la mujer y su cuerpo, ya que la imagen y las reacciones que su cuerpo produce en los demás, y la manera en que ella percibe esas reacciones, están estructuradas de acuerdo con esos esquemas (Bourdieu, 2000). Los esquemas mencionados se evidencian en las reacciones y el deseo de adelgazar que producen en las entrevistadas los juicios que hacen los demás en relación a su gordura, o la necesidad que perciben de cuidados cuando tienen una determinada edad.

Si tú te ves mal pues ves que los demás te están viendo mal también, si ya llegas a verte tú mal, dices, cómo me verán los demás si yo me veo mal, sabes, y sí, bueno, mi entorno más cercano, bueno, una persona que te encuentres, a lo mejor, no te dice nada, porque no, pero, a lo mejor, compañeras, o mis padres o mis hermanas o mi pareja (la nombra) te dicen -jo, es que estás engordando un montón(...) la gente más cercana, eh, porque los otros, bueno, sí que cuando estuve de baja sí que hubo una chica que, me encontré a una compañera que me vio y dice -¡buff! Cómo te estás poniendo desde que estás de baja, como diciendo has engordado un montón, y no tenía tanta confianza, no era del entorno cercano, -cómo te estás poniendo desde que estás de baja, y la verdad es que sí, no fue sólo cuando estaba de baja, era, llevaba ya un tiempo (...) fui a un endocrino, me puso una dieta como muy general, me hizo una analítica, y me puso una dieta muy general (...) la empecé hacer y no me hizo nada (...), y me fui a Naturhouse, y como tienes que ir todas las semanas, te pesan, te miran a ver si has bajado grasa, liquido, qué tienes que bajar, bueno, me animé, porque la primera semana empecé a perder, y me fui animando, me fui animando, y llevándolo, más o menos, a rajatabla(Luisa)

Me veo ya vieja, ya estamos en la fase vieja (...) estoy con gente que va al gimnasio, le gusta mucho el deporte, también se cuidan un poco, al final, es un poco así normal, y también, a nuestra, a mi edad, hablo de mi edad, la gente intentará cuidarse también, la gente tiende a cuidarse (Noemí).

Las entrevistadas proyectan sobre su propio cuerpo los esquemas de percepción del cuerpo basados en las relaciones de comparación y se juzgan a ellas mismas sobre esas bases, tal y como indica una de las entrevistadas, al hablar de las mujeres delgadas y describirse a sí misma como distinta en relación a ellas.

Me fijo mucho en las chicas, en lo delgadas que están, cómo visten, cómo, y yo no me veo así, entonces, claro, yo digo, me gustaría verme así (Susana).

El cuerpo femenino como cuerpo percibido y vivido como un ser para otro está determinado por aquello que le caracteriza particularmente, como la estatura o el peso, y condicionado por el criterio estético establecido socialmente y transmitido por los otros, normalmente en forma de crítica o reproche. Esto puede crear en la mujer una incomodidad corporal que no está justificada en base a la estatura y el peso, tal y como nos indica una madre en relación a su hija:

Dice que le dijo un día (se refiere al primer novio que tuvo su hija con 14 años), -“¡jolín, vaya culo que estás echando!”. Nunca estuvo gorda, porque con 1.70 pesaba 62 kilos, ese es un cuerpo de 10, como digo yo, pero bueno, que nunca fue, y eso a ella la marcó, se lo he oído decir, siempre, a ella, siempre, siempre, siempre, que esas palabras le han machacado el cerebro, mejor que se las hubiera metido encima (Virginia(madre de Rocio)).

Las propiedades corporales ideales, que son aprehendidas por medio de los esquemas sociales de percepción, llevan a una evaluación que se aplica de acuerdo a la posición que ocupa cada propiedad en el espacio social, los factores dominadores, que se privilegian con frecuencia, y los dominados, que quieren ser evitados, como, por ejemplo: flaco/gordo o grande/pequeño (Bourdieu, 2000). En este sentido, la imagen corporal que la mujer tiene de sí misma está determinada socialmente y la exigencia de ciertas características estéticas de tamaño, indicadas por las entrevistadas, tratará de ubicarlas simbólicamente en una escala aceptada por la mujer, que es el sujeto que percibe, y por el que es percibido, en este caso, el novio de la entrevistada, que es el “otro” al que se subordina la propia felicidad, ya que como indica la entrevistada, se es para el otro.

Cuando estás metida en eso (se refiere a la anorexia) para ti la felicidad es cada vez estar más delgada, cada día estar más delgada, más delgada, era eso, y ponerte ropa cada vez más ajustada y más corta y más tal, era todo, era venga y ahora tengo que entrar en más pequeño, más pequeño, más pequeño, sabes, y no (...)yo me veía feliz porque a él eso le hacía feliz, no pensé en ningún momento en mi felicidad, yo le di a esa persona un 100% y esa persona a mí me daría un 20, entonces era como eres feliz así, pues yo soy feliz (...)no era una motivación para mí, era yo para la otra persona, yo para mí no, me he sentido feliz con otras cosas de la vida que con eso (Laura).

Sin embargo, en el caso de los hombres aunque reciban, del mismo modo que las mujeres presión social, en el sentido, de alcanzar los cánones de belleza impuestos por la sociedad para ellos de ser fuertes, musculosos, altos y guapos, no lo interiorizan del mismo modo, puesto que, no se trataría de “ser para el otro”, como en el caso de la mujer, sino de “ser para sí mismo”. Por lo que, a pesar de que la preocupación del hombre por su apariencia física le pueda llevar, también, a un férreo control alimenticio y a unos hábitos extremos de ejercicio, el origen de ello no se encuentra en el intento de satisfacer al “otro”, como señalaban las entrevistadas, sino, tal y como indica uno de los entrevistados, se hallaría en el intento de seguir la moda, de cuidar de manera minuciosa la apariencia, con el fin de seguir la tendencia de la metrosexualidad, caracterizada por la preocupación por la imagen, y el seguimiento de una serie de hábitos como los de depilarse, cuidarse el peinado o utilizar la ropa de última moda, para gustarse a sí mismo. Las rutinas que se realizan para conseguir esa apariencia física vienen motivadas por la búsqueda de gustarse a sí mismo, no por la necesidad de gustar a los demás, como en el caso de las entrevistadas.

Como mucho, porque yo soy de constitución delgada, y quiero ganar volumen (...) como muchísimas claras de huevo (...) siempre a mediodía pasta y si voy al gimnasio por la mañana proteína, pues tortilla con atún, o arroz o tal, y si voy al gimnasio por la tarde pasta (...) por la noche sí que intento no comer hidratos, bollos de pan tal, sólo proteínas (...) cada dos horas o tres tengo que comer(...) (Se refiere a si sale fuera hacer alguna actividad) me tengo que llevar mi manzana, mi sándwich de pavo, tal, porque sé que voy a estar cuatro o cinco horas en la calle y cada dos horas o tres tengo que comer y me lo como donde sea, y ya me siento bien, y ya podemos seguir haciendo lo que quiera, pero si no me lo como, bufff, si no me cruzo y ... ya nervioso, me pongo ya ahí un poco que, susceptible (...) el hecho de por ejemplo salir, y saltarme una comida, uff, no puedo me pongo como uff (...) Si pienso todo el día (se refiere al gimnasio), o sea, si pienso veinticuatro horas en el gimnasio si me veo mal pienso veintiocho, ya estoy como más pendiente, hoy por ejemplo, que tenía el día libre, pues hoy lo he dedicado a comer cada dos, tres horas, beber agua, tal (...)siempre intento sacar tiempo para todo, pero sí que, por ejemplo, a mi me piden no ir al gimnasio un día, y no podría, no puedo, no puedo faltar al gimnasio, luego yo ya me organizo para tener tiempo para todo, pero el gimnasio siempre lo primero, yo te soy sincero, me acuesto y me levanto pensando a ver como lo hago para no faltar al gimnasio (...) empecé porque era como una moda, todo el mundo iba al gimnasio, todo el mundo tenía cuerpos, que la moda sigue ahora, porque esto de la metrosexualidad, y tal, y por eso me apunté, como siempre me ha gustado la ropa, que si tal, pues esto algo más, me gusta depilarme, ahora no, porque tal, pero me gusta (...) Era como otro aliciente, la ropa, el peinado, pues venga, el cuerpo (Iván).

Otro de los entrevistados nos relata detalladamente cuáles son los hábitos de alimentación y ejercicio que sigue para conseguir el cuerpo delgado pero fuerte que desea tener, con el fin de encontrarse bien. Se trata de conseguir el cuerpo que se considera perfecto para sí mismo, en ningún momento se nombra a una segunda persona que motive el deseo de ser de una determinada manera. Se hace “para uno mismo” con el objetivo de sentirse bien, no con la finalidad de agradar o gustar al “otro”. No se experimenta la necesidad de buscar la perfección “para el otro”.

A mí me gustaría tener un cuerpo fuerte de gimnasio y estar delgado (...) por la mañana me como un bollete y una pieza de fruta y luego unas nueces y luego como, qué como, me tomo una sopa o algo de verdura, o un pescado a la plancha, o, claro, depende si comes en casa que si comes fuera, es que no es lo mismo, entonces, si comes fuera pues intentas dejar comida, porque normalmente se usa más grasas, entonces, no es tan saludable la comida que puedas comer fuera, sí que hay un, no un problema, pero siempre con la cantidad de comida que hay en un plato, como sé que no me voy a comer un plato entero pues lo que hago es intentar ir retirando comida, no, entonces, voy comiendo un poquito, retirando otro poquito, voy comiendo otro poquito, retiro otro poquito, y me como, como la mitad de un plato, me pones un plato, no sé, de garbanzos, y voy dejando la mitad y me voy comiendo un poco la verdura, un poquito de garbanzos, un poquito de carne, pero siempre voy dejando, voy dejando, y eso lo intento hacer con todo, a no ser que sea una sopa, un caldo, o sea, no sé, un pescado a la plancha, que, a lo mejor, una merluza que sea un trozo muy chiquitito pues me lo tomo entero, pero si no intento llevar esa dieta de comer mucho durante todo el día pero pocas cantidades en una sola comida, que no me importa tanto que en el desayuno coma fuerte pero, normalmente, los fines de semana, sí puedo hacerlo, porque tengo más tiempo pero entre semana como trabajo no tengo esa comida tan fuerte del día, que es, a lo mejor, la que necesito (...) Ahora tengo una pequeña lesión en la rodilla y no me deja practicar todo el deporte que quiero, pero sí voy cuatro días al gimnasio, a lo mejor, el sábado me voy de caza, y el domingo de pesca,

o algo así, casi todos los días de la semana práctico deporte, antes era todavía un poco, no sé, dedicaba más tiempo al deporte, a lo mejor, además de ir al gimnasio cuatro días, de esos cuatro días jugaba al pádel tres días y jugaba al fútbol uno, y, luego, el fin de semana pues también (...) todo esto que estoy haciendo, que parece que es una locura, porque la gente que me ve dice, -pero cómo estás haciendo esto, hace que yo me encuentre bien (Jesús)

La motivación de cuidarse para los demás también puede existir, tal y como nos comenta otro de los entrevistados, pero aparece unida a la necesidad de gustarse a sí mismo.

Siempre me gusta ir, ahora que llevo barba, con la barba más o menos cuidada, con...(se ríe), o sea, aseado y limpio siempre, eso por supuesto, y luego, bueno (...) pues sí que te gusta gustar a los demás, quizá, y también ahora, como te decía, sí que valoro la relación en pareja, y a uno le gusta estar guapo también por él mismo, por mí mismo, y por tu pareja, para que me vea guapo ella, claro.

La belleza y salud

El concepto de la delgadez como parámetro único de belleza, que prevalecía en la adolescencia, tal y como nos indican las entrevistadas, y por el cual se sacrificaba la salud -aunque no siempre de modo consciente- se sustituye, según van alcanzando la madurez, por otro concepto de belleza en el que la salud empieza a tomar relevancia. Esta evolución es acorde a la exigencia cada vez mayor de cuerpos perfectos, bellos y saludables, por parte de las sociedades contemporáneas (Muñiz 2014). Estos tres conceptos están muy unidos, por lo que los hábitos saludables están dirigidos a alcanzar el canon de belleza imperante socialmente. Se trata de llegar a la talla deseada, tal y como nos indica una de las entrevistadas, pero con un plus en forma de salud, que ella interpreta como la energía suficiente para hacer el ejercicio de caminar.

No, yo en esos momentos, cuando me pusieron el electro y tal, y yo veía el corazón, es verdad, porque tú lo estás oyendo, también, con la maquinita como latía y yo decía, -pues sigue latiendo, o sea, yo en ningún momento vi que mi vida podía peligrar, yo no fui consciente en ese momento, no eres consciente de que te puede pasar algo, y mira que no podía ir, era consciente de decir, no puedo ir andando, tengo que ir en coche, pero era, bueno, si tengo que, o sea, en ese aspecto yo tenía un coche para mí sola, mis padres me habían comprado a mí un coche, entonces, iba con mi Golf a todos los lados, entonces, a mí no me importaba, y llevaba a la gente y tal, y yo, entonces, no era consciente de, ni del daño que me estaba causando, ni de nada, sabes, de nada (Laura).

Ahora tengo miedos que antes no tenía (...) dije, -si es que no llego a ningún lado, me voy a quemar el esófago, de hecho, pues, problemas de afonía, claro, porque los jugos gástricos, los dientes, muchísimos problemas en la boca, porque te come el esmalte, es que, pero, bueno, ya me di cuenta bastante tarde, o sea (Estela).

Estoy empezando a valorar un poco que la salud es súper importante, no como yo la hacía siempre por la delgadez (se refiere a la dieta) (...)pero ya nada, es por salud, quiero comer de todo, y es cuando me lo he planteado, comer de todo, poder comer un plato de alubias un día, poder comer y no tener ningún miedo, ese era mi problema (...) a mí me encantaría volver a la talla treinta y ocho, yo no te digo que no, porque me gusta esa ropa, porque ya no a mí, veo a todas mis amigas o a tal, y me gusta estar así pero también quiero estar con salud y no estar como estuve (...), después de treinta años, he aprendido a que necesito cuidarme también, o sea, por mi salud, ya no por otras cosas (..) nunca me había planteado hasta ahora el que fuera, el tener una buena salud, o sea, yo he podido hacer, pues eso, de pasarme el día comiendo verdura, uno sí uno no, para estar delgada (..) y (ahora) me siento bien que tengo salud, que me apetece ir andar, que me apetece ir, sí. (Susana).

El tener una buena salud se ha convertido en un deber, en vez de una aspiración, que, según la industria del bienestar, sólo podemos satisfacer mediante el consumo de determinados productos y servicios comerciales (Díaz, 2007). En la sociedad contemporánea la belleza y la salud son conceptos fuertemente valorados, que orientan la producción de bienes y servicios como los que ofrecen los laboratorios, los centros de estética o los gimnasios. A nivel individual, esto se traduce, en una serie de prácticas de cuidado cotidiano del cuerpo como las que nos indica uno de los entrevistados.

Sí, cuidados, o sea, yo tengo muchas cremas, además del cuerpo, no, porque intento hacer mucha actividad física, comer de una manera saludable, sana y en su justa medida, además, uso muchas cremas de cara, me intento quitar los granos, voy a una persona una vez al año a que me haga limpiezas de cara, si puedo me blanqueo los dientes, en verano, a lo mejor, antes de verano me voy a darme rayos uva, sí que me cuido, además de la actividad física, el alimento y eso, pues, hago otro tipo de cosas para cuidarme (Jesús).

Los gimnasios han proliferado por nuestras ciudades a modo de fábricas, de talleres de cuerpos en los que se cultivan, se modelan y se construyen los cuerpos deseados y deseables (Martínez Guirao, 2010). Estos cuerpos son, además, según nos indica una de las entrevistadas, cuerpos sanos. Se trata de conseguir cuerpos que se consideran saludables. Para ello hay que hacer ejercicio, y mantenerse en forma. Con el ejercicio se consiguen los cuerpos tonificados que son asociados a cuerpos saludables. La delgadez por sí misma no obtiene ese calificativo, sólo si va acompañada de tono es saludable. Se prima la salud sobre la estética, en el discurso sobre las motivaciones para acudir al gimnasio, pero se pretenden ambas. Se comienza acudiendo al gimnasio para conseguir un cuerpo sano y posteriormente se mantiene el hábito de acudir por los logros estéticos, por conseguir el cuerpo que se considera bello.

Yo cuando empecé en el gimnasio fue por mantenerme en forma, también vas cumpliendo años, pues eso, y entonces ves que poco a poco vas variando de forma (...) aquí en Madrid es como más sedentario todo, es un poco de moverte algo, empecé un poco por eso, porque estabas en el trabajo diez horas metida, no sé qué, y un poco por moverte y por hacer algo, yo empecé por eso por hacer un poco de deporte de ejercicio de sudar (...) o sea, para hacer algo, y un poco también, más que la imagen y tal, porque tu cuerpo se mueva, un poco por salud de ésta, es un poco como empecé, es un poco como tú empiezas, a lo mejor, luego, como ya te ves mejor dices -me quiero mantener, pues, con la pierna más durilla, tonificado y tal, me quiero mantener (...) No es que me mantenga es que me tonifico, en el gimnasio estoy para tonificarme si fuera para adelgazar lo que haría sería, yo creo que sería, aeróbico, correr todos los días, yo no, yo lo que busco, un poco, en el gimnasio es tonificarme, es decir, estar durita, más durilla, no estar ahí fofa, porque puedes estar súper delgada y puedes estar súper fofa, o sea, a mí me interesa más estar dura, o sea, saludable, que no estar súper delgada, yo ya he dicho que a mí el gimnasio no me adelgaza(Noemí) .

Los cuidados del cuerpo están asociados a un “mercado de belleza y salud” que ofrece todo tipo de productos (cremas, geles, pastillas) para adelgazar, eliminar la celulitis o combatir cualquier otro tipo de “problema estético”. Una de las entrevistadas nos indica que ha sacrificado muchas cosas por adquirir estos productos, puesto que los asocia a la obtención del cuerpo que representa el ideal de belleza corporal que ha internalizado, y que se ha convertido para ella en una obsesión.

yo me organizo muchísimo el dinero, y eso es, muchísimo para todo, yo llego a primeros de mes y tal, tal, tal, y nunca me ha importado para cosas de celulitis, de ir ahora a la dieta, de no sé qué, el gastarme el dinero, o sea, es algo que creo que es importante, vamos, he estado muy obsesionada, me he comprado cremas, me he quedado un día, no te digo sin comer, porque no me voy a quedar sin comer, pero me he quedado sin muchas cosas por comprarme un anticelulítico caro, un no sé qué, por cosas de(...)(Susana).

La ciencia y las actuales prácticas corporales han permitido que en las sociedades contemporáneas el cuerpo de los sujetos represente algo más que sus capacidades físicas, que adquiera una importante significación para la autogestión de la propia existencia al tener la posibilidad de construirse a la medida de sus deseos. En la concepción actual del sujeto, el cuerpo es una creación más de la empresa personal. La sociedad prepara y alienta a los individuos para procurarse un cuerpo que ostente juventud, delgadez y sensualidad, en tanto que, debemos rechazar el cuerpo decadente, envejecido o discapacitado (Muñiz 2014). Esta es la razón por la cual el discurso de la salud está tan presente, atribuyéndole distintos grados de importancia, en función de la juventud del entrevistado que sostiene el discurso, puesto que se presupone que la juventud lleva implícita una buena salud. Y asociándolo tanto a prácticas alimenticias como a prácticas de ejercicio. Respecto a la alimentación, tal y como nos indica el entrevistado, adquiere importancia, no solo, la restricción de alimentos, sino también, la calidad de lo que se ingiere.

Ahora, para mí es importante tanto mi físico, porque como dicen todos estoy enfermo (se ríe), como el hacer cosas saludables, es verdad (...) A mí me gustaría tener un cuerpo de una determinada manera, eso lo primero, pero, también, lo hago por mi salud, porque no me sienta muy bien varios tipos de comida, comida picante, o comida que sea muy fuerte, yo no la asimilo bien, entonces, pues, intento comer lo justo. A la salud le doy valor, pero soy joven y todavía hasta que no tengamos una edad en la que estemos pasando por el médico cada poco tiempo no creo que seamos conscientes de que la salud es tan importante, no (...) y todo esto que estoy haciendo, que parece que es una locura, porque la gente que me ve dice, -pero cómo estás haciendo esto, hace que yo me encuentre bien, entonces, tanto con mi cuerpo como con mi salud, entonces (Jesús).

El valor que adquiere la salud va más allá de la aspiración de evitar el declive físico y psíquico. Puesto que la salud y la belleza han formado un tándem inseparable, la manera considerada como efectiva para conseguir los objetivos de evitar el declive físico y mental es, a la vez, considerada una forma de lograr la belleza. Por lo que a través de unos hábitos alimentarios considerados saludables y del ejercicio se pretende conseguir ambas cosas, una buena salud y un cuerpo que se adapte a los cánones corporales establecidos. Aunque en los discursos se prima la salud por encima de la belleza corporal, siempre está presente.

A la salud, sí, la salud es lo primero luego..., de hecho (se ríe), hay gente que dice que soy exagerado, no diría que hipocondriaco, pero sí en plan si me pasa no sé qué tal, pero sí, sí, la salud es lo primero, sin eso no puedes disfrutar bien de la vida, y yo por suerte, tampoco, he tenido nunca nada de problemas, pero sí que es verdad que intento ir a revisiones (...) mi salud es buena y yo no diría que estoy preocupado pero sí que estoy, digámoslo así, pendiente, pues eso, de si tengo que hacer revisiones, si tengo que tal (...) intento que la tónica general sea una alimentación ordenada y saludable y que haga excepciones, no que sea al revés (...) el mayor beneficio del deporte, el mayor sin duda, luego

hay otros, claro, que no son tampoco pequeños, para mí, como te digo, el sentirte bien con tu cuerpo, el tener una imagen buena (Manuel).

La medicina ha convertido el cuerpo en su centro de atención. Bajo sus preceptos se regulan desde la cantidad y variedad de comida que se puede ingerir, hasta el ejercicio físico al que se le debe someter. Todo bajo la idea de conservar y preservar la salud, de aumentar con ello la longevidad y la calidad de vida, o lo que es lo mismo mantener la juventud, y en cierto modo, la belleza (Martínez Guirao, 2010). En relación a la gordura, los preceptos médicos son claros, tal y como nos indica una entrevistada, la gordura está asociada a múltiples y diversas enfermedades y para atajar los dolores hay que bajar peso.

La salud es muy importante, todo el mundo que está gordo tiene problemas de espalda, de rodillas, de todo, en general, y lo primero que te dicen cuando vas al médico por un dolor de algo, de rodillas, te dicen tienes que bajar peso, eso es lo primero, lo primero que te dicen en todos los lados, o sea que... (Ana)

Aunque, dejando de lado la obesidad mórbida, que sí es una enfermedad con conocidos efectos nocivos para el organismo, el peso y las medidas que ofenden a la belleza o la “salud estética” no son estrictamente una enfermedad y, sin embargo, se han vuelto una especie de patología, algo a ser tratado por los médicos y con medicamentos. Actualmente el sobrepeso es un estigma, que en gran medida exige a quien lo experimenta justificaciones continuas, y conlleva, además, consecuencias en relación al modo en el que son reconocidas las capacidades de la persona. Mientras que a las personas delgadas se les atribuye valores como la disciplina, el éxito o la salud, y son aprobadas socialmente, las personas con gordura son vistas, muchas veces, como perezosas, indolentes y malsanas. Esto ha provocado que exista una obsesión cada vez mayor por la salud y, al mismo tiempo, por la delgadez, tal y como nos indica una de las entrevistadas.

Está la gente muy obsesionada, a ver, de un tiempo para acá se nota que la gente está súper obsesionada, vale, yo entiendo que la salud, una persona que pesa 120 kg pues no va a estar nunca bien de salud, pero porque tengas unos kilos de más tampoco va a ser que vas a estar o vas a ser un bicho raro, aquí la gente está obsesionada con que tengo que ser delgado, tengo que tal, no, cada uno es como es, tú no puedes cambiar a una persona porque a ti te guste que sea así (Noelia).

Por tanto, salud y belleza corporal se unen y, además, se entrelazan con el consumismo. La cultura de consumo, con su lógica de mercado, crea y ofrece ficciones de la corporeidad que modifica la experiencia que el individuo tiene de su propio cuerpo, generando en éste reacciones emocionales de incertidumbre y angustia que le inducen a comportamientos consumistas en busca de un ideal corpóreo simbolizado a través de mujeres pseudoanoréxicas, estilizadas, sensuales y eróticas y hombres sofisticados, de cuerpos cuidados, esculpidos, viriles y musculosos (Goffman, 1979; Falk, 1994). Estos modelos se convierten en referentes y los consumos y hábitos, incluidos los alimenticios, van dirigidos a conseguir un modelo corporal idealizado socialmente. Se trata, tal y como nos indica uno de los entrevistados, de conseguir un buen físico que se adecue a esos modelos corporales ideales, por encima de todo, aunque no se abandona el discurso de la salud, puesto que dichos hábitos se consideran saludables. A lo largo de su reflexión, sin embargo, acaba cuestionando lo saludable de algunos de sus hábitos, pero como conducen a la consecución del cuerpo deseado, esa cuestión pasa a un segundo plano.

Yo lo que hago sé que me va bien para mi salud, pero yo lo hago, más que todo, por el físico, yo quiero tener un buen físico y sé que haciendo eso lo voy a tener, porque, por ejemplo, con las claras de huevo, pues yo como muchísimas claras de huevo, y sé que ahí, no hay daño porque el colesterol y todo lo malo está en la yema, ¡pero comer todos los días clara de huevo!, yo digo, esto no tiene que ser bueno. (...) me importa, pero ya te digo, que la imagen más (...) sé que me viene bien que me beneficia para la salud pero yo lo hago por verme bien realmente, si es

que tampoco sé, sí imagen, a mí me compensa mirarme en el espejo y que lo que vea me gusta (Ivan).

La obsesión moderna por la perfección del cuerpo, toma el nombre de “culto al cuerpo”. El cultivo del cuerpo ha sustituido al cultivo del espíritu, lo cual conduce al relativismo, cuando importa más la imagen que aquello que la imagen representa (Featherstone, 1991). Ser físicamente perfecto se ha convertido en uno de los objetivos principales de las sociedades desarrolladas, puesto que la perfección física se considera un sinónimo de éxito, felicidad e incluso salud. Lo que sucede, tal y como manifiesta un entrevistado, es que en la idea de perfección corporal están presentes elementos incompatibles, es el caso de la delgadez y la fortaleza. Pero, a pesar de esta incompatibilidad, lucha por tener ambas cosas: delgadez y musculatura.

A mí me gustaría tener un cuerpo fuerte de gimnasio y estar delgado, y eso, a veces, no es compatible, no es compatible estar fuerte y estar delgado, entonces, de ahí, estoy entre uno y otro, pero, sí, yo siempre desde que he tenido uso de razón he tenido abdominales y entonces yo los intento mantener ante todo, de verdad. (Jesús)

Y a pesar de que salud y belleza parecen ir a la par, la obsesión por la perfección y la belleza, pueden potenciar hábitos alimentarios y conductas inadecuadas poniendo, en algunos casos, en riesgo la salud.

Estuve ingresada una vez por un ataque de gases, yo sabía que era consecuencia de la bulimia y de las pastillas que tomaba (...) sobres, todo lo que salía en la farmacia que decían que adelgazaba (...) y a la vez yo me iba andar (...) eran las tres de la tarde, comía y me iba, a veces, he hecho hasta veinte kilómetros andando, me ponía una malla de estas que guardan el calor por dentro y me iba andar, o sea, y para mí todo eso era, comer, en pleno verano, a las tres de la tarde, con todo el sol, para mí era andar, y andar, hacer ejercicio, montar en la bici, todo era vomitar, comer poco y hacer ejercicio, y la verdad, la Doctora, a través de la Doctora, empecé a un poco ya, me pusieron ansiolíticos

para la ansiedad, me pusieron antidepresivos, porque claro yo había entrado en un, o sea, que era un cumulo entre una depresión y ... (María

Construcción del cuerpo

La idea de lo corporal como algo modificable, a través de la nutrición, el ejercicio y los cuidados, propicia la concepción del cuerpo como una creación del propio del individuo, como algo que puede ser construido para tratar de alcanzar unos cánones de belleza corporal que se asocian al éxito personal y social. En algunos casos, el conseguir un cuerpo que cumpla con el canon de belleza corporal vigente, a través de los cuidados, del ejercicio y de la alimentación, adquiere tal importancia, que llega a ser una obsesión, tal y como indica una de las entrevistadas. Además, si persiste una percepción distorsionada de la imagen corporal, como nos narra esta misma entrevistada, la preocupación por la gordura se intensifica, aunque no haya ninguna razón objetiva para ello. Aunque la talla de ropa, que utiliza como parámetro para medirla, le diga lo contrario, habla de un sentimiento de miedo constante. Y el pánico a la gordura justifica su comportamiento en relación al cuidado que le dispensa a su cuerpo.

Tengo que estar metida en algún deporte o algo para cuidarme porque me da pánico verme mal, que sé que mi cuerpo va a cambiar, estoy mentalizada, yo creo que es algo que he superado, cada día pues te vas a ver, pero yo siempre he dicho que voy a ser una mujer siempre obsesionada con mi cuerpo y me agobia muchísimo (...) físicamente, a lo mejor, me gustaría verme mucho mejor de lo que yo físicamente me veo, pero, a veces, también lo pienso, es que yo nunca me voy a ver bien, o sea, no es ya que yo quiera luchar por un físico de una manera, es que nunca voy a poderlo tener, porque nunca me lo voy a ver, aunque lo tenga, no me lo iba a ver, y es como que estoy mentalizada que eso que hay en mi cabeza está, porque yo, a veces, lo pienso, pero como me puedo ver gorda si uso una 36, 34, es que es imposible que me vea gorda, y me veo (...) tengo el cuerpo que tengo, pero porque me da pánico (...) me cuido mucho (...) quiero cuidarme, (...) me ha quedado el miedo (...) si me paso el fin de semana comiendo grasas el fin de

semana, el domingo tengo que tomarme una ensalada obligatoriamente, porque es que mi cuerpo lo pide, o sea, pide (María)

El mantener un cuerpo que se ajuste a los criterios de perfección corporal vigentes, que priman la delgadez, entraña grandes dificultades, tal y como nos indica una de las entrevistadas, que habla de su tendencia a engordar y de la necesidad de mantenerse a dieta de forma ininterrumpida para alcanzar esos patrones de delgadez imperantes, por lo que desiste de la consecución de dicho objetivo en base a la pereza que le produce el someterse de forma interminable a unos sacrificios que van a dar lugar a unos resultados efímeros y poco duraderos. Otra de las entrevistadas habla de su madurez a la hora de negarse alcanzar dichos parámetros de delgadez si ello significa dejar de comer y debilitarse, aunque está dispuesta hacer otros, como cuidar la calidad y cantidad de la comida que ingiere y realizar ejercicio pero estableciendo unos límites. Le parece muy importante determinar unos límites que no deben sobrepasarse a la hora de establecer rutinas de cuidado y perfección corporal.

Estaba enorme (...) en principio deje la dieta cuando me quede en sesenta pero luego me seguí cuidando y seguí bajando, y ahora, otra vez, no sé por qué, porque me he mantenido bien durante el embarazo, durante el embarazo me he mantenido, y durante la lactancia también, vamos, que adelgacé un montón cuando di a luz, y ahora estoy otra vez ensanchando, ensanchando, y tampoco es que esté haciendo nada anormal que no estuviera haciendo una vez que dejé la dieta, entonces, yo ya no sé si es ya cosa de cuerpo, de genética, de (...) Igual es verdad que la alimentación la estamos cuidando un poquito menos porque como mi hijo (lo nombra) ahora come lo nuestro, pues a lo mejor, hacemos menos ensaladas, comemos más hidratos de carbono, total, o te cuidas o engordas, a ciertas personas nos pasa eso, o estás toda la vida como haciendo un poco de dieta, aunque no sea una dieta estricta, pero cuidando la alimentación (...) da pereza porque sabes que si te pones a dieta, o sea, va a llegar un momento que, al final, vas a terminar engordando otra vez, o sea, que no, que la gente que somos propensas a engordar siempre vamos a tener que controlar lo que comemos porque

sí, te puedes poner tres meses a dieta, cuatro meses, adelgazas un montón pero si no te mantienes vas a volver a engordar, o sea, si no te mantienes un poco la alimentación vas a volver a engordarlo, y entonces da un poquito de pereza, porque estar cada cierto tiempo, ponerte a dieta (Luisa).

Mi cuerpo no adelgaza, para adelgazar tengo que dejar de comer, pero eso ya es genético, metabolismo, (...) (Hace referencia a una dieta muy restrictiva que realizó) bajaría tres kilos y algo. Después de todo el sacrificio, casi no comías, ¿eh?, con esa dieta casi no comías, bueno, era brutal, y me dijo (se refiere a un médico) -es tú cuerpo y entonces te requiere más sacrificio tendrás que hacer más sacrificio, es lo que me dijo el médico, entonces me dijo,- te voy a mandar un mes más a dieta, entonces le dije, (...) -me niego (...) yo no hago más este, esta, porque yo tengo cabeza, digo, -que lo de adelgazar no está por encima de mi cabeza, no. (...) estar gorda me importa también (...) Y sí tienes que hacer ejercicios que te van a fastidiar pero no sacrificios de estar un mes sin comer, no, yo tengo coherencia, o sea, yo no puedo estar un mes sin comer (...) mi cerebro me dice, -¿qué estás haciendo? Tienes que comer, no puedes hacer este sacrificio por un cuerpo, no (...) hay unos límites que no se pueden pasar (...) tienes que ponerte unos límites que no puedes pasar, yo no voy a dejar de comer por estar más delgada (...) es que no, tengo que saber mis limitaciones, cada uno tiene sus limitaciones, yo tengo un cuerpo que tengo barriga y tengo chicha, y la tendré toda mi vida, es genético, tengo que saber admitir, tengo que saber vivir con eso, o sea, es que eso lo voy a tener siempre, y no puedo dejar de comer para bajar mi barriga que la voy a tener toda mi vida, no, llegará a un límite, hay que poner unos límites, ahora tienes un peso adecuado a tu altura, estás bien y tal ahí tienes que estar, no tienes que esforzarte más, ni matarte en bajar, dejar de comer(...), no, estás ahí, tienes que sacrificar en la semana, sacrificas, entiéndeme, siempre, he dicho, comes siempre sano, equilibrado, no comes cosas que te pueden engordar, (...)vas al gimnasio (Noemí).

Las dificultades de construir un cuerpo que se adecue a la perfección corporal vigente radica, según uno de los hombres entrevistados, en que los modelos que se tienen como referencia no son fruto, únicamente, de los hábitos de alimentación, ejercicio y descanso sino del consumo de determinadas sustancias. La obsesión por alcanzar estos parámetros le ha llevado a cuestionarse estas alternativas. El sacrificio al que se somete le parece muy elevado y no le conduce a los resultados deseados, porque él no se percibe nunca lo suficientemente musculado.

Veo algún cuerpo o tal, y digo, me gustaría estar como ese, pero luego te enteras que ese está así porque ha hecho tal cosa (...) ése está así no por entrenar sino (...) anabolizantes, suplementos, los ciclos son pues un periodo en el que tú estás metiéndote en el cuerpo hormonas de crecimiento (...) entonces, hay gente que tú ves que comen, que beben de todo, que no descansan lo que deberían, tal, y tienen unos cuerpazos que dices, -¡bua!, ni una pizca de grasa, pero esos están así, porque hacen eso, una persona que se cuida, por mucho que te cuidas, por mucho que entrenes, nunca vas a llegar a tener un cuerpo (...) Y yo cuando empecé era como mi meta, yo veía ese cuerpo y me encantaba (...) Yo a esos extremos, por ejemplo, no, sí que alguna vez se me ha ido la cabeza y he dicho pues, -¡bah! por verme así sí que lo haría, pero en caliente, y tal, porque ves mucho sacrificio y que no consigues verte bien del todo, aunque luego la gente diga que estás ya bien, y tal (Ivan).

Respecto a las pautas de ejercicio, se desechan aquellas que no conducen a la consecución de un cuerpo que se adecue a los cánones estéticos vigentes. Los gimnasios son concebidos como los lugares ideales para tallar y modelar el cuerpo perfecto, puesto que disponen del equipamiento adecuado para tal fin. Sin embargo, tal y como nos indica una de las entrevistadas, la forma del cuerpo, trabajado en el gimnasio, puede no adecuarse a los parámetros de belleza corporal exigidos a la mujer y acercarse, sin embargo, a los masculinos.

Cuando esto ocurre se abandonan estas prácticas, ya que, la sociedad define de manera muy concreta la feminidad y la masculinidad (Raich, 2004) y cuando el cuerpo no reúne los requisitos que se le supone debería tener en función del género la crítica social pone sobre aviso de ello, trayendo consigo una variación en los hábitos y conductas establecidas por la mujer para la consecución del cuerpo deseado, tal y como nos indica una de las entrevistadas, se cambia la pauta del gimnasio por la de andar si la primera no consigue los resultados deseados.

No, al gimnasio he ido cinco meses seguidos, y me sentó muy mal, no por nada, porque se me empezó a poner un cuerpo muy feo, y todo el mundo, se te está poniendo cuerpo de chico, es que realmente, casi, lo deje por eso (...) Todo máquinas, yo creo que ahí fue un poco culpa mía y del gimnasio, yo iba al gimnasio (lo nombra), ¿vale?, son máquinas y a mí me dijeron -no, te vamos a poner un circuito para ti, específico, no sé qué, entonces empecé a ir al gimnasio y yo no hacía bien las máquinas (...) desde el primer día me dejaron ahí, que no me parece tampoco justo, me contracturé el cuello y empecé a ensanchar un montón, no hacía lo que tenía que hacer, y lo demás andar (...), me hago un montón (se refiere a kilómetros) , pero además porque me encanta, porque me despeja (Susana).

Dentro de los parámetros de belleza corporal con el que se miden las mujeres, se encuentra la delgadez como un claro referente estético y social. De tal modo, que una de las entrevistadas relata como en el intento de construir ese cuerpo delgado, se privaba, incluso, de beber agua por temor a hincharse, e ingería el mínimo alimento posible, considerando, además, un margen de maniobra por si en determinados contextos se veía abocada a comer.

yo además estaba siempre con la bobada de decir tengo que perder como dos kilos por si hay algún día que tenga alguna comida familiar o alguna tal, vuelvo a, pues como que así tengo ahí un margen, y entonces, claro, intentaba perder, y mi cuerpo ya era como, ya no puedes, ya , evidentemente seguías perdiendo, pero ya de no comer, es que ya ni siquiera bebía agua , pensaba que el agua se podía quedar en mi cuerpo, ya no porque engorde el agua, evidentemente, pero como que me podía hinchar , a lo mejor, o que se podía quedar ahí, o tal, es que no bebía ni agua (Laura).

Primar, en la construcción del cuerpo, la consecución de la delgadez supone, tal y como narra una de las entrevistadas, un control personal férreo. La delgadez requiere de un autocontrol que se les presupone a las personas que presentan una figura esbelta, por lo que, este autocontrol se convierte en un indicador de competencia. Por esta razón, como nos indica la entrevistada, la falta de éste hay que subsanarla, y si se ingieren alimentos éstos deben ser expulsados. Las rutinas requeridas para la consecución de este objetivo eran consideradas, por la entrevistada, también, como una forma de control.

Y todo fue bien hasta que controlaba, como te he dicho, lo del no comer, una vez que tenía que comer porque mi cuerpo dijo que tenía que comer ahí fue como, -ufff, y encima tengo que comer, pues entonces si tengo que comer tiene que salir, o sea, si ni siquiera puedo controlar eso (...)
es que, y a lo mejor, un café, esperaba diez minutos, bueno, con la comida esperaba algo más, porque el problema es que si vomitaba justo cuando comía, como intentaba comer muy rápido para levantarme de la mesa y tal, me hacía mucho daño, me hacía mucho daño en el estomago, entonces, justo, lo tenía calculado, veinte minutos de reloj y bebía agua, en lo que se disolvía un poco de tal, en diez minutos vomitaba, es que era un control absolutamente de todo (Estela).

Otro elemento, que las mujeres entrevistadas introducen, en la definición de modelo corporal ideal, es la tonificación, que debe acompañar a la delgadez. Se rechaza la gordura pero también la flacidez y en función de estos parámetros se intenta construir el propio cuerpo. Se habla del tono muscular como lo contrario a la flacidez. Se trata de una combinación de ausencia de grasa y más músculo. Pero para las mujeres, tal y como nos indica una de las entrevistadas, no es fácil ganar grandes cantidades de músculo, esto se debe a que en las mujeres los niveles de testosterona son bajos.

La tengo asociada (se refiere a la imagen corporal ideal) ¡buffff!, delgadez pero no extrema, o sea, una delgadez normal (...) evidentemente, no está asociada con alguien obeso, eso no, (...) pero tampoco (...) una persona anoréxica, o muy delgada entonces sería alguien delgado pero sin llegar a los extremos y, casi, delgado pero si puede estar un poco fuertecito en el sentido de que se vea que, más o menos, hace deporte, o no es totalmente sedentario, o sea, que no sea una persona totalmente fofa, sería un modelo así, tampoco llegar a estar súper cachas, no sé si me explico, un poquito durito pero sin llegar al extremo de vigorético, una cosa tonificada pero sin mucho ..., como modelo de belleza ideal (...) lo que no me apetece es estar pues muy fofa, pues intento hacer un poco de deporte para tener un tono bueno, pero que no necesito, y no creo que lo consiga nunca estar súper marcada de aquí, tal, sabes, eso no lo necesito y no es una prioridad para mí, o sea, el estar un poco durilla entre comillas, sí, es que cuando te digo durita, tampoco, no sabría cómo decirte, ni siquiera me hace falta, a lo mejor, llegar a estar súper marcada, aquí perfilada, sino que no se te caiga la piel, o sea, una cosa normal (Carmen).

En el gimnasio estoy para tonificarme si fuera para adelgazar lo que haría sería, yo creo que sería, aeróbico, correr todos los días, yo no, yo lo que busco, un poco, en el gimnasio es tonificarme, es decir, estar durita, más durilla, no estar ahí fofa, porque puedes estar súper delgada y puedes estar súper fofa, o sea, a mí me interesa más estar dura, o sea, saludable, que no estar súper delgada, yo ya he dicho que a mí el gimnasio no me adelgaza, yo he comido igual y voy al gimnasio y yo no adelgazo, o lo gano, y tal, y tampoco adelgazo, o sea, yo para adelgazar tengo que hacer dieta (Noemí).

Uno de los hombres entrevistados hace referencia a esta combinación corporal: delgadez y musculatura, y manifiesta la dificultad que encuentra a la hora de conseguir que su cuerpo reúna ambos requisitos puesto que se presentan, tal y como el mismo indica, como incompatibles.

Yo prefiero estar delgado a estar gordo, o sea, eso seguro, entonces, pero a mí me gustaría tener un cuerpo fuerte de gimnasio y estar delgado, y eso, a veces, no es compatible, no es compatible estar fuerte y estar delgado, entonces, de ahí, estoy entre uno y otro, pero, sí, yo siempre desde que he tenido uso de razón he tenido abdominales y entonces yo los intento mantener ante todo, de verdad (Jesús).

Sin embargo, otro de los entrevistados, en su concepción de modelo corporal perfecto, prima la musculatura pero rechazando la delgadez. Por lo que su constitución delgada es tomada como un obstáculo a superar, para conseguir el modelo corporal pretendido. La idea de ganar volumen es la que le lleva a ingerir un determinado tipo de alimentos, rechazando otros, y tomándolos en grandes cantidades.

Como mucho, porque yo soy de constitución delgada, y quiero ganar volumen, y para eso hay que comer mucho (...) fritos, y todo eso, nada, yo no sé lo que es un frito, todo a la plancha, o verdura, pasta, arroz, fruta (...)yo lo que quiero es ganar, a mi eso de estar todo el día dándole vueltas a la cabeza a lo mismo del gimnasio, yo me acuesto y me levanto pensando en el gimnasio, hoy voy a entrenar pecho (Iván).

Para controlar el peso se utiliza la báscula con una frecuencia, en ocasiones, inusitadas, tal y como nos indican las entrevistadas, de tal forma, que se convierte, para alguna de ellas, en una obsesión. La báscula es la forma de controlar la consecución de los objetivos pretendidos en cuanto al peso corporal, y prescindir de ella, en momentos como en las vacaciones, equivalía a carecer de referencias, por lo que, ante la ausencia de un indicador del peso corporal se reducía la ingesta al mínimo.

Cuando estaba a régimen, me pesaba, a lo mejor, por la mañana cuando me levantaba, y si, - no he bajado mucho, y, a lo mejor, me pesaba después de hacer pis o lo que sea (se ríe), sí que reconozco que en esa temporada estuve un poco obsesionada con la báscula (Luisa).

Era una obsesión lo de la bascula, pesarte por la mañana, pesarte al mediodía, pesarte antes y después de cada comida, es que era un horror, es que yo ahora digo, cómo pude estar años así, y es que era así día tras día, y bueno, pensar en la comida era como la prueba más grande del mundo, o irte de vacaciones, sin una báscula (...), -¡ay! y sin pesarme, es que era, a lo mejor, parece una bobada pero es como, y sin una bascula dónde me peso para saber y comía lo mínimo (Estela)

CONCLUSIONES

En esta investigación se ha planteado como objetivo general el estudio de las construcciones tensas del cuerpo. Y para facilitar la consecución de este objetivo general se han establecido como objetivos específicos:

- Determinar la relación existente entre los modelos corporales y los procesos de aprendizaje social.
- Analizar el significado atribuido al cuerpo bello y saludable.
- Examinar la influencia de la percepción corporal en las conductas de autocontrol.
- Estudiar la construcción diferencial de las trayectorias corporales en base al género.

En relación a ello, podríamos decir, siguiendo a Butler, que los cuerpos están culturalmente contruidos y que no hay posibilidad de acceso a “lo natural” porque no hay naturaleza independiente de nuestras concepciones culturales. No existe el cuerpo natural, todo cuerpo es cultural. Y como tal, porta las inscripciones narrativas de la historia y la cultura (Butler, 2001).

Cada momento histórico conlleva un conjunto de valores sociales y culturales que dan forma a un modelo corporal socialmente aceptado. Y ciertas construcciones tensas del cuerpo expresan la ansiedad y los problemas que causa el intento de adecuación a esos modelos corporales.

Los valores, en relación al cuerpo, que la sociedad establece de forma directa o indirecta en forma de ideales, en ocasiones, son demasiado elevados y si se aspira a ellos se requiere de sacrificios extremos para su consecución -relativos al control de los alimentos o a la realización de gran cantidad de ejercicio, por ejemplo-.

Las conductas dirigidas a la consecución del canon de belleza corporal socialmente aceptado son muy valorados, hasta que éstos son llevados a límites que adquieren la dimensión de trastorno corporal, y son expresión de desviación. Cuando esto sucede, pasan a ser tratados como enfermedad.

Las entrevistadas/os que han padecido estos trastornos corporales han basado en la comida, tal y como nos indican, todos sus pensamientos y sus actos cotidianos, sintiéndose sumamente dependientes de esa idea, con lo cual el alimento ha sido el eje en torno al que giraba su vida y el mundo de sus relaciones. Provocándoles, el hecho de ingerir determinados alimentos, un sentimiento de culpa, más acusado en el caso de las mujeres que en los hombres. Debido a que las mujeres tienden a relacionar el deseo de ingerir estos alimentos con estados de ánimo negativos como el aburrimiento o el estrés (Weingarten y Elston, 1991).

Las entrevistadas que, con el paso del tiempo, han aprendido aceptarse a sí mismas y han ganado en seguridad, son más flexibles consigo mismas, porque, tal y como nos indican, al tener una mayor autoestima no necesitan buscar continuamente la aprobación de los demás y perseguir, para conseguir este objetivo, la perfección marcada por la sociedad, y caracterizada, en el caso de la perfección corporal, por la delgadez, que, en estos casos, llegó a poner en riesgo su salud. Pero no todas las entrevistadas, que han padecido trastornos alimentarios en su adolescencia, han ganado en autoestima o han cesado en la búsqueda de la perfección.

Los patrones estéticos corporales son reflejo de los valores culturales de cada momento histórico. La existencia de un ideal de belleza, establecido y compartido socialmente, supone, tal y como han expresado las entrevistadas/os que han participado en esta investigación, una presión importante, que se ha traducido, en algunos de los casos, en hábitos de alimentación inusitados –como la reducción casi total de la ingesta de alimentos- para conseguir el atributo de la delgadez, altamente valorado socialmente.

En relación a los/las entrevistadas que en el momento actual padecen un trastorno de la conducta alimentaria, caracterizado por hábitos inusitados de alimentación y gran intensidad de ejercicio físico, muestran en su discurso que, hacen dietas muy estrictas que nunca terminan y sacrifican sus relaciones personales por realizar este ejercicio físico. En algunos casos, esto guarda relación con una imagen distorsionada de las dimensiones y la forma de su cuerpo, que les provoca un miedo intenso a engordar, por lo que restringen la ingesta de alimentos y lo poco que ingieren se convierte en una obsesión. Al mismo tiempo, en su relato, existe un intento de justificar su comportamiento y reafirmarse en que ese conjunto de hábitos conforma un estilo de vida beneficioso que les reporta salud y les hace sentir bien con su físico.

La necesidad de ajuste a los ideales corporales marcados socialmente es mayor o menor dependiendo de la edad y el género. Respecto a la edad, en la etapa adolescente se acentúa esta necesidad. Puesto que es una etapa de significativos cambios físicos y psicológicos en los que la construcción de la propia imagen cobra una importancia singular y en la que las adolescentes se ven enfrentadas a un desarrollo físico sexual disarmónico y desproporcionado en sus inicios, propio de la edad, que contradice el ideal corporal establecido socialmente (Maganto y Cruz, 2000), que prima la delgadez. Las adolescentes tienden a equiparar delgadez con belleza, aceptación social, y felicidad, tal y como indican las entrevistadas. Y si la imagen corporal percibida dista del modelo social propuesto se puede originar insatisfacción corporal.

Es decir, la magnitud de los cambios corporales que suceden en la pubertad tiene como consecuencia un aumento en el interés y la preocupación de las/los adolescentes por su imagen corporal. Existen algunas diferencias por sexo con relación al foco de interés y grado de satisfacción con la imagen corporal. A los chicos les preocupa en primera instancia los aspectos relacionados con el poder físico que pueden alcanzar, siendo la estatura y la masa muscular los factores más interesantes para ellos. Puesto que a lo largo del periodo de crecimiento van aumentando estos índices, los chicos se sienten cada vez más satisfechos, en niveles generalmente superiores a las chicas (Adrián y Rangel 2012).

A las mujeres adolescentes, por el contrario, les preocupa ser demasiado gruesas o demasiado altas, por lo que a medida que crecen tienden a sentirse menos satisfechas con su cuerpo. (Adrián y Rangel 2012). La insatisfacción corporal es definida como la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo. La insatisfacción corporal se deriva de una comparación entre los modelos sociales de belleza y el propio cuerpo (Garner, 1998).

En las sociedades actuales se ha impuesto la delgadez como canon de belleza y se ha extendido, sobre todo entre las mujeres, la preocupación por no sentirse incluidas dentro de los estándares de pesos y formas que la cultura imperante presenta como óptimos. Las mujeres, en general, aceptan sin cuestionarlo un sistema de parámetros externos, que ocasiona una presión externa que las empuja adelgazar pero sin disponer de criterios fundamentados para valorar si es algo positivo o conveniente para ellas. Compararse con personas que cumplen con esos parámetros de belleza puede provocar una distorsión de su propia imagen corporal y el deseo de adelgazar para acercarse a ese modelo de cuerpo que asumen como perfecto.

La identidad de género toma gran relevancia en las construcciones corporales, porque el autoconcepto de cuerpo que cada persona tiene se construye desde una perspectiva de género. La idea de belleza, no es ajena a los estereotipos de género. Y el canon de belleza está en la base de las construcciones del cuerpo, ya que, en estas construcciones se siguen las normas estéticas que han sido interiorizadas en el proceso de socialización.

En el proceso de socialización los individuos pertenecientes a una sociedad o cultura aprenden e interiorizan un repertorio de normas, incluidas las normas y valores corporales. Así como, las formas de percibir la realidad, que les dota de las capacidades necesarias para desempeñarse satisfactoriamente en la interacción social con otros individuos de ésta. Los principales agentes socializadores son la familia y la escuela.

Siendo la familia el primer agente socializador, sobre todo en lo que respecta a las funciones más primarias y que hacen referencia a sentimientos, valores y actitudes, dentro de los cuales se encuentran los valores, sentimientos y actitudes corporales, así como, las conductas que van a guiar la consecución del modelo corporal transmitido. La familia constituye el primer subsistema social donde observar y practicar roles, ofreciendo modelos, en los que están incluidos los modelos corporales, en los que confluyen elementos diferenciadores, y que moldean las relaciones sociales que se ejercen en ámbitos más amplios. Dentro de las categorías adscritas al rol femenino nos encontramos, entre otras, con las de “cuidado”. Se trata de un “ser para otros”, algo que en el ámbito corporal también va a tener gran repercusión.

Las relaciones entre pares, también son esenciales para la adaptación social, puesto que, ayudan a manejar nuevas habilidades sociales y a acceder a las normas sociales y procesos involucrados en las relaciones interpersonales. Sin embargo, se pueden experimentar dificultades crónicas en las relaciones entre pares, como hostilidad y aislamiento, relacionadas con el elemento corporal. Ser identificado con el cuerpo puede ser un elemento de hostilidad: quien se aleja de la imagen corporal “bella” establecida por la cultura de la “estética corporal”, e interiorizada en el proceso de socialización, pueden sufrir la estigmatización social, por apartarse del estereotipo exitoso, y la exclusión social (Corti, 2005). Los problemas con los pares pueden producir un impacto negativo en el desarrollo social y emocional posterior. Así como en la autoestima.

Por tanto, el canon de belleza corporal internalizado en las etapas tempranas del desarrollo forma parte de los criterios que la persona tiene como referencia a la hora de establecer si se adecua a los patrones de belleza socialmente impuestos. El encajar en ese ideal corporal constituye una razón para autovalorarse positivamente, mientras que alejarse de él puede suponer padecer una baja autoestima. Algo muy significativo, si se tiene en cuenta lo complicado que resulta, tal y como manifiestan los/las entrevistadas, acercarse a ese ideal corporal, que cada vez está más alejado de las características morfológicas de la población en general.

Además, las mujeres sienten la presión estética de una manera más intensa y de forma diferente a los hombres. Puesto que el deseo de ajustarse a los cánones de belleza corporal se sustenta, tal y como nos indican las entrevistadas, en la necesidad de agradar a los demás. Debido a que las mujeres han internalizado en el proceso de socialización que deben “ser para otros”. Sin embargo los hombres entrevistados, aluden a que intentan alcanzar los ideales corporales, establecidos socialmente, para sentirse bien consigo mismos.

Debido a que las construcciones culturales han posibilitado que la mujer sea considerada como un objeto resignificado en función del punto de vista del otro, la principal sometida a los mandatos estéticos de la sociedad es la mujer. La mujer es instruida para llamar la atención del hombre, siendo éste mismo el que ha construido y mantenido dichos cánones estéticos, con el fin de controlarla (De Beauvoir 1967).

La definición del cuerpo femenino se hace en la interacción yo-otro, pero además, participa toda la estructura social, porque en el fondo de esa interacción subyacen los esquemas de percepción del cuerpo basados en relaciones de comparación, en el caso del cuerpo femenino, entre la gorda y la delgada, la vieja y la joven, la fea y la bonita.

Estos factores siempre están mediando entre la mujer y su cuerpo, ya que la imagen y las reacciones que su cuerpo produce en los demás, y la manera en que ella percibe esas reacciones, están estructuradas de acuerdo con esos esquemas (Bourdieu, 2000). Los esquemas mencionados se evidencian en las reacciones y el deseo de adelgazar que producen en las entrevistadas los juicios que hacen los demás en relación a su gordura, o la necesidad que perciben de cuidados cuando tienen una determinada edad.

El cuerpo femenino como cuerpo percibido y vivido como un ser para otro está determinado por aquello que le caracteriza particularmente, como la estatura o el peso, y condicionado por el criterio estético establecido socialmente y transmitido por los otros, normalmente en forma de crítica o reproche. Esto puede crear en la mujer una incomodidad corporal que no está justificada en base a la estatura y el peso, tal y como nos indica una madre en relación a su hija.

Sin embargo, en el caso de los hombres aunque reciban, del mismo modo que las mujeres presión social, en el sentido, de alcanzar los cánones de belleza impuestos por la sociedad para ellos de ser fuertes, musculosos, altos y guapos, no lo interiorizan del mismo modo, puesto que, no se trataría de “ser para el otro”, como en el caso de la mujer, sino de “ser para sí mismo”. Por lo que, a pesar de que la preocupación del hombre por su apariencia física le pueda llevar, también, a un férreo control alimenticio y a unos hábitos extremos de ejercicio, el origen de ello no se encuentra en el intento de satisfacer al “otro”, como señalaban las entrevistadas, sino a la búsqueda de gustarse a sí mismo.

Los hombres entrevistados no experimentan la necesidad de buscar la perfección “para el otro”. La motivación de cuidarse para los demás, también, puede existir, tal y como nos comentan los entrevistados, pero aparece unida a la necesidad de gustarse a sí mismos.

Por otro lado, la salud y la belleza han formado un tándem inseparable, la manera considerada como efectiva para conseguir los objetivos de evitar el declive físico y mental es, a la vez, considerada una forma de lograr la belleza. Por lo que a través de unos hábitos alimentarios considerados saludables y del ejercicio se pretende conseguir ambas cosas, una buena salud y un cuerpo que se adapte a los cánones corporales establecidos. Sin embargo, a pesar de que salud y belleza parecen ir a la par, la obsesión por la perfección y la belleza, pueden potenciar hábitos alimentarios y conductas inadecuadas poniendo, en algunos casos, en riesgo la salud.

Bibliografía:

- Abellán, A. y Pujol, R. (2013): “La educación es la respuesta” en *Envejecimiento en Red*.
- Acevedo, L. (2010): “ La compulsión por la belleza” en *revista digital efdeportes*, 142
- Acosta M.V. y Gómez G. (2003). “Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México” en *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1: 9-21.
- Adrián, J. y Rangel (2012) "La Pubertad" en *Aprendizaje y Desarrollo de la Personalidad*, 5.
- Alanen, L. (1994): “Gender and Generation: Feminism and the Child Question”, en *Childhood Matters: Social Theory, Practice and Politics*, Avebury-European Centre Vienna, 14: 27-41.
- Alarcón, A, Vidal, A y Neira, J (2003): “ Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales” en *Revista médica de Chile* 131: 1061-1065
- Álvarez, L. (2009): “Estilos de Vida y Alimentación” en *Gaceta de Antropología* 25 (1) artículo 27.
- Álvarez, L. (2008): “Cuerpo, salud y alimentación” en *Antropología Aplicada en Iberoamérica*. Recife. Espina Barrio.
- Arana, J. (2000): *Diga treinta y tres*. Anecdótico Médico. Madrid: Espasa Calpe.

- Ballester, R. y Guirado, M.C. (2003). "Detección de conductas alimentarias de riesgo en niños de once a catorce años" en *Revista Psicothema*, 15: 556-562
- Bañuelos, C. (2008): "La cosificación del cuerpo en la sociedad actual" en *V Congreso De la Asociación Española de Ciencias del Deporte*.
- Bañuelos, C. (1994) " Los patrones estéticos en los albores del siglo XXI: hacia una revisión de los estudios en torno a este tema" en *REIS* 68: 119-140
- Barbero, J.I. (1998): "La cultura del consumo, el cuerpo y la educación física" en *Educación Física y Deporte vol. 20, nº 1: 9-30*
- Basualdo, A. y Benítez, M. (2011): "Cuerpo endeudado y educación física" en 9º Congreso Argentino de Educación Física y Ciencias.
- Basulto, J., Manera, M. y Baladia, E. (2008): "Postura del GREP-AEDN (Grupo de Revisión, Estudio y Posicionamiento de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionista): la obesidad como enfermedad" en *Actividad Dietética 2: 98-99*
- Baudrillard, J. (1974). *La sociedad de consumo: sus mitos, sus estructuras*. Barcelona. Plaza & Janés.
- Becker, H., Blanche G., Hughes, E. y Anselm, S. (1961) *Boys in White: Student Culture in Medical School*. Chicago. University of Chicago Press.
- Becker, H. (1963) *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York. Free Press
- Behar, R. (2010): "La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria" en *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 48: 319-334

- Benlloch, I. , Amigot, P., Bayot, A., Bonilla, A. , Castillo, M, Gómez, L., Jódar, F., Tubert, S. y Mira, J. (2008). *Imaginario cultural, construcción de identidades de género y violencia: formación para la igualdad en la adolescencia*. Madrid. Instituto de la Mujer.
- Berger, P. and Luckmann, T. (1967). *The Social construction of Reality*. London. Penguin Press.
- Bertaux, D. (2005). *Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica*. Barcelona. Bellaterra.
- Bibeau, Gilles. (1991): “¿Hay una enfermedad en las Américas?” en *Cultura y salud en la construcción de las Américas: reflexiones sobre el sujeto social*. Bogotá. Colcultura.: 43-70.
- Blech, J. (2005). *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes*. Barcelona. Destino.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. Prentice Hall. Nueva Jersey.
- Bonino, L. (1995): “ Los micromachismos en la vida conyugal” en Corsi, J., *Violencia masculina en la pareja*. Buenos Aires. Paidós.
- Bonino, L. (1998): “Varones, Género, y salud mental: Desconstruyendo la "normalidad" masculina “ en *Actualidad Psicológica*, 254: 25-27.
- Bordo, Susan (1993). *Unbearable Weight. Feminism, Western Culture and the Body*. Berkeley-Los Angeles-Londres, University of California Press.
- Borrás, V.(2007): “Las desigualdades en el consumo a través del género” en *RES*, 8 : 139-156
- Bouchard, C., Shephard, R.J., Stephens, T. (1994). *Physical activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement*. Michigan. Human Kinetics Publishers.

- Bourdieu, P. (1988). *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. Madrid. Taurus.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona. Anagrama.
- Buñuel Heras, A. (1994): "La construcción social de la mujer en el deporte" en *REIS* 68: 97-117
- Burgmer, M. (2003): " Das "sisi" syndrome-eine neue Depression?" (El síndrome de "Sissi" ¿una nueva depresión?) en *Der Nervenarzt* 74: 444
- Bury, M (1982): "Chronic illness as biographical disruption" en *Sociology of Health & illness*, 4: 167-182
- Bustos-Romero, O. (2011) : "Los medios y la construcción de género: Factor de riesgo para trastornos alimentarios como anorexia y bulimia" en *Derecho a Comunicar* 2: 61-79
- Butler, Judith (2001). *El género en disputa*. México D. F. Paidós.
- Butler, Judith (2005). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires. Paidós.
- Cabrera, A. (2009): "Validación del modelo REI para medir la clase social en población adulta" en *Revista Española Salud Pública* , 83: 231-242
- Cabrera García-Ochoa, Y. (2010): "El cuerpo femenino en la publicidad" en *Revista Icono* 14: 223-243
- Cáceres, M. (2008). "El cuerpo deseado y el cuerpo vivido. La apropiación de los discursos mediáticos y la identidad de género" en *Cuadernos de Información y Comunicación*, 13: 195-212.
- Calado, M. (2011). *Liberarse de las Apariencias*. Madrid. Piramide.
- Carosio, A. (2008): "El género del consumo en la sociedad del consumo" en *La Ventana* 27: 130-169.

- Carvajal, A. (2005): "Elementos de Investigación Social Aplicada" en *Cuadernos de cooperación para el Desarrollo*.
- Caplan, P. (1997): "Approaches to the study of food, health and identity" en *Food, health and identity*. London. Routledge: 1-33.
- Cash, T. y Pruzinsky, T. (1990). *Body images: development, deviance and changes*. Nueva york. Guilford Press.
- Castillo, B. (2006): "Sociedad de consumo y trastornos de la conducta alimentaria" en *Trastornos de la Conducta Alimentaria* 4: 321-335.
- Castillo, J. y Prieto, C. (1993): "La subjetividad objetivada: el método de la validación consensual" en *Documentación Social* 92: 241-256.
- Charmaz, K. (1980). *The Social Realities of Death*. Addison-Wesley. Reading M.A
- Charmaz, K. (1983) "The grounded theory method: An explication and interpretation", en *Contemporary field Research: A Collection of Readings*: 109-128.
- Charmaz, K. (1991). *Good Days, Bad Days: The Self in Chronic Illness and Time*. New Brunswick, NJ. Rutgers University Press.
- Cocimano, G. (2004): "Los mutantes de la cirugía estética. El credo de las apariencias" en *Letralia Tierra de Letras*, 16.
- Connolly, J., Furman, W. y Konarski, R. (2000): "The role of peers in the emergence of heterosexual romantic relationships in adolescence" en *Child Development*, 71 :1395-1408.
- Conrad, P. (1987): "The experience of illness: recent and new directions", en *Research in the Sociology of Health Care*, 6: 1-31
- Conrad, P. (1990): "Qualitative research on chronic illness" en *Social Science and Medicine*, 30: 1257-1263.

- Conrad, P. (1992): "Medicalization and social control" en *Annual Review of Sociology* 18: 209-232.
- Conrad, P y Schneider, J. (1992). *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Philadelphia. Temple University Press.
- Contreras, J. (2005): "La obesidad: una perspectiva sociocultural" en *Zainak*. 27: 31-52
- Correa, R. I. (2000). *La mujer invisible. Una lectura disidente de los mensajes publicitarios*. Huelva. Comunicar.
- Cooley, C. (1902). *Human Nature and the Social Order*. New York. Charles Scribner's Sons.
- Corti, A. (2005): "La estética de la imagen y la tiranía del éxito" en *Revista electrónica de psicología política*, 8.
- Crispo Rosina, F. E. y Guelar, D. (2001). *Anorexia y bulimia: Lo que hay que saber*. Barcelona. Gedisa.
- Cropmton, R. (1987): "Gender, status, and professionalism" en *Sociology*, 21: 413-428.
- Crossley, N. (1995): "Merleau-Ponty, the Elusive Body and Carnal Sociology" en *Body & Society*, 1- 43. London. Sage.
- Csordas, T. (1999) "Embodiment and cultural phenomenology" en *Perspectives on Embodiment: The intersections of Nature and Culture*. Routledge. Weiss, Gail y Honi: 62-143.
- Cuadrado, M. (2001). *El género femenino a través de la publicidad*. Madrid. Mujeres Jóvenes.
- De Arana, J. (2000). *Diga treinta y tres*. Anecdótico Médico. Madrid. Espasa Calpe.
- De Beauvoir, S. (1967). *El segundo sexo*. Buenos Aires. Sudamericana.

- Dewey, J. (1930) (2003). *Viejo y nuevo individualismo*. Barcelona. Paidós. Ibérica
- Díaz, J. A, Morant, R. y Westall, D. (2006). *El culto a la belleza y la salud. La retórica del bienestar*. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Díaz, J. (2006): “La i-lógica de los géneros: metrosexuales, masculinidad y apoderamientos” en *Revista de Antropología Iberoamericana*, 1: 157-167.
- Díaz, J.A. (2007): “El discurso crítico contra la “tiranía” del culto al cuerpo” en *Revista electrónica de estudios filológicos*, 14
- Diéguez, M. (2009): “Enfermedad, Identidad y Fibromialgia. Deconstruir el rol del enfermo: Puerta de entrada a la subjetividad” en *Atopos* 8: 33-48
- Donaire, A. (2011). *La Imagen Corporal*. México. Departamento de Psicología de la Salud.
- Douglas, Mary (2007). *Pureza y peligro*. Buenos Aires, Nueva Visión.
- Dunphy, D.C. (1963). “The social structure of urban adolescent peer groups” en *Sociometry*, 26: 230-246.
- Epstein, S. (1996). *Impure Science: AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge*. Berkeley. University of California Press
- Esnaola, (2005): “Imagen corporal y modelos estéticos corporales en la adolescencia y la juventud” en *Análisis y Modificación de Conducta*, 135: 5-22.
- Estrada, L. (2009): “La presión estética: una forma de violencia de género” en *revista digital TN*.
- Falk, P. (1994). *The consuming body*. London. Sage publications.

- Faludi, S. (1991): *The undeclared war against american women*. New York. Crown.
- Fanjul, C. (2008): *Vigorexia: una mirada desde la publicidad*. Madrid. Fragua Comunicación.
- Fanjul, C. (2010): "Comunicación y sociedad: De la Anorexia y Vigorexia" en *Revista Icono 14*: 1-8.
- Featherstone, M. (1991). *Cultura de consumo y posmodernismo*. Buenos Aires. Amorroutu Editores.
- Fernández, I (2005): "Imagen corporal, salud y alimentación: confluencias en un estilo de vida "ecológico" en *Zainak*. 27: 221-238.
- Fernández, L. (2005): "Los factores determinantes de la elección de alimentos" en *Informes EUFIC* 04/2005.
- Fernández de Sanmamed, M.J., Marquet R., Reguant, M., Zapater F. (2005). *¿Enfermos de salud? Reflexiones acerca de las nuevas demandas y respuestas del sistema sanitario*. Barcelona. Camfyc.
- Ferreira, M (2008): "La construcción social de la discapacidad: Habitus, estereotipos, y exclusión social" en *Nómadas* 17.
- Firth, A. (2010): " Etnometodología" en *Discurso & Sociedad*, 4: 597-614.
- Fisher, S. y Groce, S. B. (1985): " Doctor-Patient negotiation of cultural assumptioms en *Sociology of Health and Illness*, 7: 342-374.
- Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York. Harper and Row.
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica*. Barcelona. Península.
- Foucault, M. (1977). *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. New York. Vintage.
- Foucault, M. (1986) *Vigilar y castigar*. Madrid. Siglo XXI. Editores.

- Foucault, M. (2002). *Historia de la sexualidad. Tomo 1: La voluntad de saber*. México. Siglo XXI.
- Foucault, M. (1980). *Power/Knowledge, selected interviews and other writings 1972-77*. London. Harvester.
- Garaulet, M., Puy, M., Pérez, F., Cuadrado, C., Leis, R. y Moreno, M.J. (2008): "Obesidad y ciclos de vida del adulto" en *Revista Española Nutrición Comunitaria*, 14: 150-155.
- Garcés, J y Ramos, M.A. (2011). *Estética corporal, imagen y consumo en Castilla-La Mancha*. Asociación de Estudios Psicológicos y Sociales de Castilla-La Mancha.
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in ethnomethodology*. Englewood Cliffs, NJ. Prentice Hall.
- Garfinkel, H. (1981): "The Work of a Discovering Science Construed with Materials from the Optically Discovered Pulsar" en *Philosophy of the Social Sciences*, 11: 131-158.
- Garner, M.D. (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid. TEA.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self identity. Self and society in the late modern age*. Cambridge. Polity Press.
- Giddens, A. (1984). *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration*. Cambridge. Polity
- Giddens, A. (1979). *Central problems in Social Theory: Action, Structure and Contradiction in social analysis* London. Macmillan.
- Goffman, E (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Garden City. Doubleday.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs. Prentice-Hall

- Goffman, E. (1979). *Gender Advertisements*. EE.UU. MacMillan Press, Ltd.
- Gomes R, Alves E, Luiza M. (2002) : “Social representations and the experience of illness” en *Saúde Pública*, 18: 1207-1214.
- Gómez , C. (2008): “Aproximación a la sociología de la alimentación” en *Distribución y Consumo*, 18: 18-27
- González, M. (2009): “Transformaciones en el concepto de salud: publicidad y consumo alimentario (1960-2009)” en *I Congreso Español de Sociología de la Alimentación de Gijón. Mesa 1 Consumo Alimentario y Cambio Social*.
- Gracia-Arnaiz, M. (2007): “Comer bien, comer mal: La medicalización del comportamiento alimentario” en *Salud Pública de México*, 49: 236-242.
- Guerra, R. (2005). *Donación de órganos: comprensión y significado*. Santiago de Chile. Universidad de Chile.
- Guerrero, J. (2004): “El Mercado de la Identidad Corpórea y sus contornos emocionales” en *Razón y Palabra*, 39.
- Gusfield, J.R.: “Moral Passage: The Symbolic Process in the Public Designations of Deviance” en *Social Problems*, 15 : 175-188.
- Gutiérrez, A. (1994). *Pierre Bourdieu: Las prácticas sociales*. Buenos Aires. Centro Editor de América Latina.
- Hartigan, P. (2001). *Enfermedades transmisibles, género y equidad en la salud*. Harvard. Harvard School of Public Health.
- Hearn, J. (1982): “Notes on patriarchy, professionalization and the semi-professions” en *Sociology*, 16: 184-202.

- Hellín, P., Moreno, J. A., y Rodríguez, P. L. (2006). "Influencia social del género y de la percepción de competencia en la valoración de las clases de educación física" en *Revista Española de Educación Física y Deportes*, 5: 37-49.
- Herzlich, C. y Pierret, J. (1984). *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. París. Payot.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México. Mc Graw-Hill Interamericana Editores.
- Herrera, P. (2009): "Otras Caras de la Modernidad Alimentaria". En */ Congreso Español de Sociología de la Alimentación celebrado en Gijón. Mesa 2: Culturas Alimentarias y Globalización*.
- Hontanilla, B. y Aubá, B. (2002): "Belleza y cirugía estética: consideraciones psicológicas y morales " en *Rev. Med. Univ. Navarra*, 3: 45-51
- Hughes, E. (1958). *Men and Their work*. Glencoe. Free Press.
- Illitch, I. (1976). *Medical Nemesis*. Random House. Inc. Pantheon Books.
- Jackson, A.W., Morrow, J.R., Hill, D.W. y Dishman, R.K. (2003). *Physical activity for health and fitness*. Champaign. Human Kinetics.
- Kabeer, N. (1994). *Reversed Realities: Gender Hierarchies in Development Thought*. Verso. Londres. Trad. cast.: *Realidades trastocadas. Las jerarquías de género en el pensamiento del desarrollo*, UNAM. México.1998.
- Kvale, S. (1996). *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, CA. Sage.
- Koblenzer, C.S. (2003): "Psychosocial aspects of beauty: How and why to look good" en *Clin Dermatol*, 21: 473-475.

- Lagarde, M. (1990). *Los cautiverios de las mujeres*. México D.F. Coordinación General de Estudios de Posgrado, Ciudad Universitaria.
- Lambeck, M. (1998): "Body and mind in mind, body and mind in body: Some anthropological interventions in a long conversation" en Lambeck, M. y Strathern, A.. *Bodies and persons. Comparative perspectives from Africa and Melanesia*. Cambridge University Press. Cambridge.
- Le Breton, David (1995). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión.
- Le Breton, D. (1999). *Antropología del dolor*. Barcelona. Seix Barral.
- Lemert, E. (1967). *Human deviance, social problems and social control*. London. Prentice-Hall.
- Lipovetsky, G. (2006). *La felicidad paradójica. Ensayo sobre la sociedad de hiperconsumo*. Barcelona. Anagrama.
- Lipovetsky, G. (2004). *El lujo eterno: de la era de lo sagrado al tiempo de las marcas*. Barcelona. Anagrama.
- Lipovetsky, G. (1985). *La Era del Vacío: Ensayos sobre el Individualismo contemporáneo*. Barcelona. Anagrama.
- Lolas, F. (1997). *Más allá del cuerpo: la construcción narrativa de la salud*. Santiago de Chile. Andrés Bello.
- López, A.M., Solé, À., Cortés, I. (2008): "Percepción de satisfacción – insatisfacción de la imagen corporal en una muestra de adolescentes de Reus (Tarragona)" en *Zainak*, 30: 125-146
- López, M. (2007): "¿Todavía no sabes lo guapa que eres?" en *Cuerpo y Género. Revista de AMS XXVI*: 7-13
- Lupton, D. (1994). *Medicine as culture: Illness, disease and the body in Western societies*. London: Sage.

- MacClansy, J. (1990). *Consuming culture*. London. Chapman Publishers.
- Maganto, C. y Cruz, S. (2000): “la imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género” en *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*, 30: 45-48.
- Martín, M. (2002): “La tiranía de la apariencia en la sociedad de las representaciones” en *Revista Latina de Comunicación Social*, 50: 1-12.
- Martin, E. (1987). *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston. Beacon Press.
- Martínez Benlloch, I. y Bonilla, A. (2000). *Sistema sexo/género, entidades y construcción de la subjetividad*. Valencia. Universitat de València.
- Martínez, F. (2002): “Enfermedad y padecer. Ciencia y humanismo en la práctica médica. Historia y filosofía de la medicina” en *Anales Médicos*, 47: 112-117.
- Martínez Guirao, J.E. (2010): “El cuerpo en las artes marciales. Confluencias y divergencias entre Oriente y Occidente” en Martínez Guirao, J.E. y Téllez, A. *Cuerpo y cultura* 109-132. Barcelona. Icaria.
- Martínez, J.R., Villarino, A., García, R., Calle, M., Marrodán, M.D. (2013): “Obesidad infantil en España: hasta qué punto es un problema de salud pública o sobre la fiabilidad de las encuestas” en *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 33: 80-88
- Martínez, M. (2006): “La investigación cualitativa (síntesis conceptual)” en *Revista IIPSI*, 1: 123-146.

- Marugán, J.M., Monasterio, L., y Pavón, M.P (2010): “Alimentación en el adolescente” en *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica* : 307-312. Madrid. Ergon.
- Mayall, B. (2000): “The Sociology of Childhood in Relation to Children’s Rights” en *The International Journal of Children’s Rights*, 8:. 243–259.
- Mead, G. H. (1968). *Espíritu, persona y sociedad*. Buenos Aires. Paidós.
- Mennel, S., Murcott A. y Van Otterloo, A. (1992) :“The Sociology of Food: Eating, Diet and Culture” en *Current Sociology*, vol. 40 nº 2. London. Sage Publications.
- Messer, E. (1995): “Perspectivas antropológicas sobre la dieta” en Contreras, J.. *Alimentación y cultura: necesidades, gustos y costumbres*. 27-82. Barcelona. Universitat de Barcelona.
- Mingote, J.C. (2001). “La medicina psicosomática desde una perspectiva de género”. En AAVV: *II Jornadas de Salud Mental y Género*: 31-44. Madrid. Instituto de la Mujer. Serie Debate, 32.
- Moreno, J.L. (2010). *Moral corporal, trastornos alimentarios y clase social*. Madrid. CIS.
- Moreno-Murcia, J.A., Borges Silva, F., Marcos Pardo, P.J., Sierra Rodríguez, A.C. y Huéscar Hernández, E. (2012). “Motivación, frecuencia y tipo de actividad en practicantes de ejercicio físico” en *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 48: 649- 662.
- Moulían, T. (1998). *El consumo me consume*. Santiago de Chile.LOM.
- Moynihan, R. y Smith, R (2002): “Too much medicine?” En *British Medical Journal*, 324: 859-860.

- Moynihan, R. (2002): "Selling sickness: The pharmaceutical industry and disease mongering" en *British Medical Journal*, 324: 886-891.
- Muñiz, E. (2014): "Pensar el cuerpo de las Mujeres: Cuerpo, Belleza y Feminidad. Una necesaria mirada feminista" en *Revista Sociedade e Estado*, 29: 415-432.
- Muñoz, R. y Martínez, A. (2007): "Ortorexia y Vigorexia ¿Nuevos trastornos de la conducta alimentaria" en *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 5 : 457-482.
- Murillo, S. (2000). *Relaciones de poder entre hombres y mujeres: Los efectos del aprendizaje de rol en los conflictos y en la violencia de género*. Madrid. Federación de Mujeres Progresistas.
- Muruaga, S. (2007): "Nuestros cuerpos y nuestra salud intergral" en *Cuerpo y Género. Revista de AMS XXVI*: 1-5.
- Muruaga, S. (2007): "Una perspectiva feminista sobre la anorexia nerviosa" en *Cuerpo y Género. Revista de AMS XXVI*: 19-24.
- Musitu, G. y Cava, M. J. (2003): "El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes" en *Intervención Psicosocial*, 2: 179-192. Valencia. Universidad de Valencia.
- Naranjo, M. J. (2007): "El cuerpo en negativo" en *Cuerpo y Género. Revista de AMS XXVI*: 5-7.
- Nardone, G (2009): *La dieta de la paradoja*. Barcelona. Paidós.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. New York. Free Press.
- Pascual, P. (2007): "La cirugía estética y el botox para mujeres imperfectas" en *Cuerpo y Género. Revista de AMS XXVI*: 13-19.
- Payer, L. (1992). *Disease-mongers: how doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick*. New York. J. Wiley.

- Pérez, G. (2001). *Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes. Métodos*. Madrid. Murata.
- Pérez-Henao, H. (2011): "Reality Show Cambio Extremo: el cuerpo como mercancía en la sociedad globalizada" en *Cuadernos de información*, 29: 51-58.
- Phail, E. (2002): "Cuerpo y cultura" en *Razón y Palabra*, 25: 15-21.
- Pinzón, C. y Garay, G. (1997). *Violencia, cuerpo y persona. Capitalismo, multisubjetividad y cultura popular*. Colombia. Equipo de Cultura y salud -ECSA-.
- Pruzinsky, T. y Cash, T. (1990): "Integrative themes in body-image development, deviance, and change" en Cash, T. y Pruzinsky, T. *Body Images. Development, Deviance and Change*: 337-349. N. York. The Guilford Press.
- Raich RM. (2001). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid. Pirámide.
- Raich, R.M. (2004): "Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal" en *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22: 15-27. Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Reynaga, G. (2009): "El cuerpo perfecto, ¿ficción o realidad?" en *Ideas Concyteg*, 49: 743-751.
- Renz (2007). *La ciencia de la belleza*. Barcelona. Destino.
- Rivera, J. y López, M. C. (2002): *El cuerpo. Perspectivas filosóficas*. Madrid. UNED.
- Ritzer, G. (2002). *Teoría Sociológica Moderna*. Madrid. McGrawHill.

- Rodríguez, F. (2009): "Etnometodología" en *Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. Terminología Científico-Social, Tomo 1/2/3/4*. Madrid. Plaza y Valdés.
- Rodríguez, M.J (2001). *Temas de Sociología*. Madrid. Huerga y Fierro.
- Rodríguez Teijeiro, D., Martínez Patiño, M.J. y Mateos, C. (2005). "Identidad y estereotipos de la mujer en el deporte: una aproximación a la evolución histórica" en *Revista de Investigación en Educación*, 2: 109-126.
- Rojas, E. (2007): "El culto al cuerpo" en *El Mundo* 28/04/2007.
- Rosaldo, R. (1991). *Cultura y verdad: nueva propuesta de análisis social*. México. Grijalbo.
- Ross, C (2001): "The informed patient: a step in the right direction" en *Pharmafile*.
- Ruiz-Cantero, M.T. y Cambronero-Saiz, B. (2011). *La metamorfosis de la salud: invención de enfermedades y estrategias de comunicación*. Alicante. Elsevier.
- Russo, N.F., y Green, B.L. (1993): "Women and Mental Health" en Denmark, F.L. & Paludi, M.A. *Psychology of women*: 379-436. Westwood. Greenwood Press.
- Salas-Salvado, J., Rubio M.A., Barbany, M., Moreno, B. (2007). *Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica*. Barcelona. Med Clin.
- Sánchez, G (2010): "Promocionando enfermedades: medicinas para sanos" en *Periodismo humano.com* del 03-07-2012.
- Sánchez Vera, P. (2008): "Utopías sobre el cuerpo y el amor: Una sociología de la previsibilidad" en Carmona, F. *La Utopía en la literatura y en la Historia*". Murcia. Universidad de Murcia.

- Sandoval, C. (1996): "Investigación Cualitativa" en *Especialización en Teoría, Métodos, y Técnicas de Investigación Social*. Bogotá. ICFES.
- Santos Muñoz, S. (2005): "La Educación Física escolar ante el problema de la obesidad y el sobrepeso" en *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 5: 179-199.
- Sanz, J. (2008): "Aportaciones de la sociología al estudio de la nutrición humana: una perspectiva científica emergente en España" en *Nutrición hospitalaria*, 23: 6-21.
- Sarlo, B. (1994). *Escenas de la vida posmoderna. Intelectuales, arte y videocultura en la Argentina*. Buenos Aires. Ariel.
- Saunders, P. (2012): "Marketing infantil – Consumo – Infancia – Internet – Barbie" en *Revista de Comunicación Vivat Academia*, 14: 267-290.
- Scambler, G. (1989). *Epilepsy*. London. Taylor & Francis.
- Schildren, P. (1983) *Imagen y apariencia del cuerpo humano: estudio sobre las energías constructivas de la psique*. Barcelona. Paidós.
- Schofield, R., Reher, D.S. y Bideau, A. (1991). *The decline of mortality in Europe*. Clarendon Press. Oxford.
- Schütz, A. (1932). *La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva*. Paidós, Barcelona.
- Schütz, A. (1974). *El problema de la realidad social*. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- Scott, J. W. (1986): "Gender: a Useful Category of Historical Analysis" en *American Historical Review*, 91.
- Shilling, C. (1993). *The social body and social theory*. SAGE & TCS. Londres.

- Slade, P. (1994): "What is body image?" en *Behaviour Research and Therapy*, 32: 497-502.
- Sontag, S. (1996): *La enfermedad y sus metáforas y El sida y sus metáforas*. Madrid. Taurus.
- Sossa, A. (2010): "La alienación en Marx: El cuerpo como dimensión de utilidad" en *Revista de ciencias sociales*, 25: 37-55
- Sossa, A. (2011): "Análisis desde Michel Foucault referentes al cuerpo, la belleza física y el consumo" en *Polis Revista Latinoamericana*, 28: 1-12
- Spector, M. y Kitsuse, J. (1977). *Constructing Social Problems*. Menlo Park. Cummings.
- Stryker, S. (1980). *Symbolic interactionism: A social structural approach*. Menlo Park. Benjamin & Cummings.
- Sue, R. (1982). *El ocio*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires. Paidós.
- Téllez, A. (2001): "Trabajo y representaciones ideológicas de género. Propuesta para un posicionamiento analítico desde la antropología cultural" en *Revista Gazeta de Antropología*, 17: 17.
- Téllez, A. (2013): "El análisis de la adolescencia desde la antropología y la perspectiva de género" en *INTERACÇÕES*, 25: 52-73.
- Tejero-González, C.M. (2014): "La percepción del estado de forma física está asociada a la percepción del peso corporal; análisis sociodemográfico en España" en *Nutrición Hospitalaria*, 29: 393-396.
- Thomas, W. & Swaine, D. (1928). *The child in America: Behavior problems and programs*. New York. Alfred A. Knopf.
- Thompson, J. (1990). *Body image disturbances: assessment and treatment*. New York. Pergamon Press.

- Thompson, J., Coover, M., Richards, K., Johnson, S. & Cattarin, J. (1995) "Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in female adolescents: Covariance structure modeling and longitudinal investigations" en *International Journal of Eating Disorders* 18: 221-236.
- Thompson, J. K., & Stice, E. (2001): "Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology" en *Current Directions in Psychological Science*, 10: 181-183.
- Tood, A. (1989). *Intimate Adversaries. Cultural Conflict between Doctors & Women Patients*. Philadelphia. University of Philadelphia Press.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona. Martínez Roca.
- Turner, B. (1984). *El cuerpo y la sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Turner, B. (1994): "Los avances recientes en la teoría del cuerpo" en *REIS* 68: 11-39
- Turner, B., Steven W. y Clare W. (2006) "Varieties of habitus and the embodiment of ballet". *Qualitative Research*, 6: 4-54. London. Sage.
- Turner, T (1994): "Bodies and Anti Bodies. Flesh and Fetish in contemporary social theory" En *Embodiment and Experience*. Cambridge. Harvard University Press.
- Unger, R. & Crawford, M. (1996). *Women and gender: A feminist Psychology*. New Cork. McGraw-Hill.
- Urraza, M. (2007): "Promoviendo la enfermedad: Medicalización de la vida de las mujeres" en *Red CAPS Asturias*, 72: 52.
- Varela G., Moreiras, O. y Requejo, A. (1985). *Estudios sobre Nutrición*. Madrid. Instituto Nacional de Estadística.

- Vargas, I.(2012): “La entrevista en la investigación cualitativa: Nuevas tendencias y retos” en *Revista Calidad en la Educación Superior*, 1: 119-139.
- Vicente Pedraz, M. (2010): “La construcción social del cuerpo sano. El estilo de vida saludable y de las prácticas corporales de la forma como exclusión” en *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 28: 129-145.
- Wacquant, L. (2006). *Entre las cuerdas. Cuadernos de un aprendiz de boxeador*. Buenos Aires. Siglo XXI Editores.
- Walzer, A. (2003). *La belleza: de la metafísica al spot*. Madrid. Facultad de Ciencias de la Información. Universidad Complutense de Madrid.
- Weingarten, H.P. y Elston, D. (1991): “ Food cravings in a college population” en *Appetite*, 17: 167-175.
- Weitz, R. (1990): “Living with the Stigma of AIDS.” en *Qualitative Sociology* 13 : 23 -38.
- Whitehead, A. (1979): "Some Preliminary Notes on the Subordination of Women", en *IDS Bulletin*, 37: 24-27.
- Wolf, N. (1991). *The body myth: how images of beauty are used against women*. New York. Morrow.
- Zapata, R.(2006): “La dimensión social y cultural del cuerpo” en *Boletín de Antropología* 37: 251-264.
- Zipfel S, Lowe B, Herzog W. (2000): “Eating behavior, eating disorders and obesity” en *Ther Umsch*, 57: 504-10.